الاحتراق النفسي واضطراب النوم للمراهقين

محمد عاطف الجمال

ماجستير صحة نفسية

في هذ الكتاب

تناول الباحث تعريف الاحتراق النفسي ، و مراحل الاحتراق النفسي ، و مستويات الاحتراق النفسي، و أبعاد الاحتراق النفسي ، و أسباب الاحتراق النفسي ، و نتائج الاحتراق النفسي ، والاحتراق النفسي و مفاهيم أخري ، والاحتراق النفسي كمشكلة مصاحبة للضغوط ، و كيفية تفادي الاحتراق النفسي ، و خصائص الفرد المحترق نفسياً علاج الاحتراق النفسي ، و تأثيرات الاحتراق النفسي ، و كيفية قياس الاحتراق النفسي

في هذ الكتاب

تناول الباحث فى هذا المحور اضطرابات النوم من حيث المفهوم ، التصنيف ، النظريات المفسرة لاضطرابات النوم ، الأساليب العلاجية المستخدمة فى علاج اضطرابات النوم

الفهرس

الفصل الأول
الاحتراق النفسي

تعريف الاحتراق النفسي

مراحل الاحتراق النفسي

مستويات الاحتراق النفسي

أبعاد الاحتراق النفسي

أسباب الاحتراق النفسي

نتائج الاحتراق النفسي

الاحتراق النفسي و مفاهيم أخري

الاحتراق النفسي كمشكلة مصاحبة للضغوط

كيفية تفادي الاحتراق النفسي :

خصائص الفرد المحترق نفسياً :

علاج الاحتراق النفسي :

تأثيرات الاحتراق النفسي :

كيف يقاس الاحتراق النفسي :

دراسات سابقة تناولت الاحتراق النفسي :

المراجع

الاحتراق النفسي

تعد ظاهرة الاحتراق النفسي من أكثر الظواهر النفسية والاجتماعية تعقيدا ويلاحظ أن هذه الظاهرة تزايدت مع تزايد سرعة التقدم التكنولوجي بل أن بعض الباحثين ينظرون إليها باعتبارها إفراز للفجوة التي حدثت من التقدم المادي واللامادي) الموسوي :١٩٩٨ م (.وفي هذا الصدد تشير العديد من الأوساط العلمية إلى أن الاحتراق النفسي تساهم بحوإلي ٨٠ % من أمراض العصر مثل النوبات القلبية ، وضغط الدم ، وأمراض الجهاز الهضمي .

وقد شهدت المجتمعات المختلفة تزأيداً ملحوظاً في حجم المؤسسات التي توفر الخدمات الضرورية اللازمة لمواجهة التغيرات المتلاحقة في جميع جوانب الحياة ، من هنا فقد شهدت الخدمات النفسية والاجتماعية تطوراً كبيراً في مجال الخدمات

التي من شأنها أن تساعد الفرد في التكيف مع مستجدات العصر، وما تنطوي عليه من تحديات.

وفي الأونة الأخيرة ظهر اهتمام بارز بذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث بدأت الجهات الرسمية بتوجيه قطاعات المجتمع المختلفة نحو رعاية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة ، وظهر توجه نحو أنشاء المزيد من المؤسسات المتخصصة في رعأيتهم و تدريبهم وتأهيل المزيد من الكوادر الفنية المتخصصة ، لتقديم أفضل الخدمات لهم في المجتمع.

ولعل العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة يأتي في مقدمة المهن التي يمكن أن تخلق مشاعر الإحباط لدى العاملين ، لما تقتضيه هذه المهن من متطلبات مع فئات متنوعة من الأشخاص غير العاديين ؛ الذين يعانون من الإعاقات الحركية، والعقلية ، والسمعية، والبصرية، أو الإعاقات المتعددة ؛ حيث يعتبر كل شخص حالة خاصة تتطلب نمطاً خاصاً من الخدمة والتعليم والتدريب والمساندة ، بالإضافة إلى أن انخفاض قدرات الأشخاص المصابين بالإعاقة وتنوع مشكلاتهم وحدتها أحيأناً قد يولد لدى العديد من العاملين معهم الشعور بالإحباط ، وضعف الشعور بالإنجاز أو النجاح الأمر الذي من شأنه أن يؤدى إلى شعور هؤلاء العاملين بالضغوط النفسية والمهنية ، والتي تتوقف حدتها

وثقل وطأتها وفقا لسمات شخصية العاملين مع هذه الفئة .
يعرض الباحث في هذا الجزء من الدراسة الإطار النظري للدراسة ، والذي يتناول مفاهيم الدراسة ، ثم يعرض بعض الدراسات السابقة المرتبطة بهذه المفاهيم ، وبموضوع الدراسة وهدفها، ثم يختم الباحثة هذا الفصل بفروض الدراسة، والتي تحاول التحقق من صحتها في الفصول التالية الاحتراق النفسي **:** تبرز في مجال العمل مجموعة من المعوقات تحول دون قيام العامل بدوره كاملا، الأمر الذي يساهم في شعوره بالعجز عن تقديم العمل المطلوب منه بالمستوى الذي يتوقعه الآخرون، ومتى حدث ذلك فإن العلاقة التي تربط العامل بعمله تأخذ بعدا سلبيا له أثار مدمرة على العملية المهنية ككل، ويؤدى هذا الإحساس بالعجز مع استنفاذ الجهد إلى حالة من الإنهاك والاستنزاف الإنفعالي يمكن تعريفها بالاحتراق النفسي Burn out وقد حظيت هذه الظاهرة باهتمام الباحثين خلال السنوات الأخيرة، وتناولتها العديد من الدراسات بالبحث ، وأصبح موضوع الاحتراق النفسي للعاملين مدار بحث ونقاش، خاصة بعد أن لوحظ أن عدداً كبيراً من العاملين يتركون مهنهم ، ويتجهون إلى ممارسة أعمال أخرى.
وينظر (باردو Bardo١٩٧٩) في (كندى ، ١٩٩٣، 28 - 31) إلى ظاهرة الفرد المحترق من خلال خدمته الطويلة، فالعامل الأكثر تفاعلا في عمله وأكثر إخلاصا هو الذي يعرف بحماسة ، والتحكم في رغباته ، ومرونة تعامله مع ضغوط العمل، ولكن بعد سنوات من الوظيفة قد يفقد حماسه ، وطموحه، وعدم اهتمامه بالمهنة ، وبذلك يتفق باردو مع (ساراسون Sarason ١٩٧٢) الذي أوضح أن العامل كلما طال عهده بممارسة مهنته كلما أصبح أقل تأثيرا وحيوية واستجابة لما يحيط به من مؤثرات ، فيما يتعلق بالدور الذي يقوم به ، وقد أرجع ذلك إلى أن زيادة الخبرة ربما تؤدي إلى الإحساس بالسام ، وبالتالي فزيادة الخبرة قد تؤدي إلى إنخفاض الدافعية للعمل ، وتؤدى إلى زيادة مستوى الضغط لديه .

ويرى (هوك Hock ١٩٨٠) في (عادل عبد الله ، ١٩٩٤ ، 2) أن هناك عوامل عديدة تؤدي إلى شعور بالاحتراق النفسي منها العبء الزائد في العمل والحاجة.
إلى المكآفات الشعور بالإضافة إلى النظام المدرسي غير الملائم والعزلة عن الأصدقاء والحاجة إلى المساندة الإداري

ويشير(فريدمان Fridman ١٩٩١) إلى أن الاحتراق النفسي ذو نمطين : أولهما يرتبط ببروفيل الشخصية والذي يفسر إستعداد الفرد للإحتراق ، والآخر يرتبط بالنظام والمناخ المدرسي والمساندة الاجتماعية والمهنية داخل المدرسة.

ويرى فريدمأن أن كل هذه المتغيرات تؤثر في عملية الاحتراق النفسي.

ويرى(علي عسكر وزملاءه ، ١٩٨٦، ١٣– 16)أن ضغوط العمل تلعب الدور الأكبر في حدوث ظاهرة الاحتراق النفسي ، ويتوقف ذلك على مجموعة من العوامل التي تتداخل مع بعضها البعض والتي تتمثل في ثلاثة جوانب هي

١- **العوامل الذاتية** : والتي تتمثل في مدى واقعية الفرد في توقعاته وطموحاته ومدى إلتزامه المهني الذي يجعله أكثر عرضة للاحتراق النفسي ، خاصة حينما يواجه عقبات تحول دون تحقيق أهدافه بأعلى درجة من النجاح ، مثل كثرة عدد التلاميذ أو قلة الإمكانيات المتاحة له وأيضاً مستوى الطموح لدى الفرد المهني في إحداث تغيرات اجتماعية في بيئة العمل قد يجعله أكثر عرضة للإحتراق بسبب العقبات التي تقف أمام تحقيق أهدافه.

٢- **العوامل الاجتماعية** : حيث يتوقع المجتمع من أن المعلم يقوم بدور أكبر في تربية النشئ دون النظر إلى أن هناك مدخلات متعددة تلعب دورها في تكوين شخصية التلميذ ، بالإضافة إلى الواقع الوظيفي في ظل المؤسسات البيروقراطية والتي تحول دون تحقيق التوقعات الاجتماعية من جانب الفرد ، وهذا من شأنه توليد ضغط عصبي عليه مما يجعله أكثر عرضة للاحتراق النفسي

٣ -**العوامل الوظيفية** : وهي الأكثر وزناً في إيجابية أو سلبية الفرد المهني ، نظراً لما يمثله العمل من دور هام في حياة الفرد . فالعمل يحقق للفرد حاجات تتراوح بين حاجات أساسية كالسكن والصحة إلى حاجات نسبية لها أهميتها في تكوين الشخصية السوية مثل التقدير والإستقلإلية والنمو وإحترام الذات .

وتشير(مقابلة نصر، ١٩٩6 ،111) إلي أن ظاهرة الاحتراق النفسى أثارت اهتماما بارزا في الدراسات السيكولوجية على مدى السنوات الأخيرة، وذلك نظرا لما تسببه من آثار سلبية تؤدى إلى سوء التوافق، حيث يتعرض العاملون لأسباب متعددة إلى بعض الظروف التي لا يستطيعون التحكم فيها، مما يحول دون قيامهم بدورهم بشكل فعال، الأمر الذي يساهم في إحساسهم بالعجز عن القيام بالمهام المطلوبة منهم، وبالمستوى الذي يتوقعه منهم الإداريون ومتخذو القرارات، بالإضافة إلى الآثار السلبية الخطيرة الأخرى ، وهذا الشعور بالعجز مع استنفاذ الجهد يؤدى بهم إلى حالة من الإنهاك الإنفعالي والاستنزاف النفسي .

تعريف الاحتراق النفسي Burn out

هناك اختلاف ملحوظ ، في التعريفات من ناحية الباحثين والكتاب الذين يتناولون هذا المفهوم . ويصبح التعبير أكثر وضوحا عندما يستند الشخص على التعريف الوارد في القاموس وتفصيلاته في البحوث ، فالقاموس يعرف الفعل (يحترق)ب (يفشل) وينهار ، أو يصبح منهكا نتيجة العمل الزائد على الطاقة المقدرة . ويشير التعبير أيضا إلى التغيرات السلبية في العلاقات ، الاتجاهات السلوكية كرد فعل لضغط العمل . ولكن ما هذه التغيرات السلبية ؟ يعتبر فقدان الاهتمام بالعميل أو المستفيد من الخدمة التغيير السلبي الرئيسي ، حيث يعامل بطريقة إليه وبغير اكتراث.

والتغيرات السلبية الأخرى تشمل الزيادة في التثبيط والتشاؤم ، واللامبالاة بالعمل ، وقلة الدافعية ، والسلبية ، والغضب السريع ، والأنانية ، والميل لأيقاع اللوم في حالة الفشل ، ومقاومة التغيير ، وفقدان القدرة على الابتكار وهناك أيضا بجانب التغيرات السلبية في التفكير والسلوك في مجال العمل ، علامات جسمية وسلوكية . وهذه تشمل التعب المستمر ، وأعراض البرد ، والصداع ، وقلة النوم ، والاستعمال الزائد للعقاقير ، والتقليل من قيمة الذات ، والخلافات العائلية والزوجية . بالطبع ، فإن هذا لا يعني وجود كل هذه الظواهر في الشخص ليقال عنه أنه (يحترق) . فعندما نلاحظ بعض الظواهر أو العلامات ، يجب علينا ملاحظة الظروف المحيطة بالعمل بعنأية ، لأن لها الدور الاكبر واعتبارها المصدر للحالة. ويمكن أن نقدم هذه النقطة بصورة تفصيلية مبتدئين بالتعريف الخاص بالاحتراق بتمييزه عن ظواهر ذات صلة.

أولاً : الاحتراق النفسي ليس هو التعب أو التوتر المؤقت ، مع أن وجود هذا الشعور ربما يكون علامة مبتكرة له . واستخدامنا للتعبير ، فإن الاحتراق النفسي يشمل التغيير في اتجاهات وعلاقات المهني نحو عمله بجانب الشعور بالإنهاك والشد العصبي الذي يحدث بعض الأحيان.

ثانياً : الاحتراق النفسي يختلف عن ظاهرة التطبيع الاجتماعي ، تلك العملية التي يغير فيها الفرد اتجاهاته وسلوكه نتيجة التأثير الاجتماعي من الزملاء . فعلى سبيل المثال يصف ما كفرسون في كتابة مدرس المدينة الصغيرة ، كيف أن المدرسين القدامى يؤثرون في المدرسين الجدد ليركزوا على النظام والتحكم في فصولهم. والتغيرات السلبية التي تحدث نتيجة الاحتراق ربما تحدث كرد فعل للأثر التطبيعي من قبل المشرفين وزملاء العمل . ولكن في الاحتراق النفسي ، تعتبر هذه التغيرات ردود فعل مباشرة للضغط المتزأيد الناتج عن العمل.

فكلتا الظاهرتين : التطبيع والاحتراق تتضمنان التغيير في السلوك والاتجاهات بحكم الدور الذي يلعبه الفرد في أي نظام ، لكن الاحتراق النفسي هو بمثابة التكيف الفردي مع الضغط .

أما الفرق بين الاحتراق النفسي وتغيير الوظيفة ، فالاحتراق ربما يؤدي بالعاملين إلى ترك أعمالهم ، لكن ربما يبقي هؤلاء على الرغم من احتراقهم في وظائفهم (بسبب الراتب المغري ، والمسئوليات القليلة والضمان الوظيفي) كما نجد الناس يتركون وظائفهم لوظائف أخرى لأسباب إيجابية أو غير ذات علاقة بهذه الظاهرة : ففي حالة التغير المستمر للعاملين لا نستطيع الجزم بأن هذه الظاهرة وحدها هي المسئولة.

يعتبر (هيربارت فرويدينبرجر H.freudenberger ١٩٧٤) في (علي عسكر ، ٢٠٠3 ، 178-179) أول من أشار إلى ظاهرة الاحتراق النفسي ، من خلال دراسته لمظاهر الاستجابة للضغوط التي يتعرض لها المشتغلون بقطاع الخدمات؛ كالتدريس والطب وغيرها من المهن الاجتماعية، ويعتبر مفهوم الاحتراق النفسي من المفاهيم التي ظهرت حديثا وله عدة تعريفات، وكان أكثرها شيوعا واستخداما يشير إلى أنه " حالة من الاستنزاف الإنفعالي أو الاستنفاذ البدني، بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوط؛ أي أنه يشير إلى التغيرات السلبية في العلاقات والاتجاهات من جانب الفرد نحو الآخرين؛ بسبب المتطلبات الإنفعالية والنفسية الزائدة .

كما يذكر (السمادوني 1995 ،2-3) تعريف (ماسلاك Maslach ١٩٧٧) للاحتراق النفسي بأنه" حالة نفسية تتميز بمجموعة من الصفات السلبية ، مثل التوتر،وعدم الاستقرار، والميل للعزلة ، وأيضا بالاتجاهات السالبة نحو العمل والزملاء.

كما يذكر أيضا تعريف جاكسون ١٩٨٤Jackson " بأنه إرهاق أنفعالي وجسماني،وسخط على الذات، وعلى الآخرين، وأيضا على العمل، مع فقدان الحماس، والكسل،والتبلد، ونقص الإنتاجية."

وتشير (مقابلة ، ١٩٩٦,١١١-112) إلى أن هناك اتفاقا بين عدد من الباحثين حول تعريفهم للاحتراق النفسي ، حيث يعرفه كاننجهام Cunningham ١٩٨٣ على أنه عبارة عن أعراض ناتجة عن الضغوط الجسدية والإنفعالية المتواصلة ، التي يواجهها العامل، ويتفق معه كل من(بك وجارجيلو Beck& Gargrulo ١٩٨٣) في تعريف الاحتراق النفسي على أنه حالة من الإنهاك الإنفعالي والعاطفي والجسدي والذهني الناتج عن الضغط الزائد عن ضغط العامل،كما يتفق كل من (كرياكو Kyriacou ١٩٨٣) (ودالى 1979Daley) في تعريف الاحتراق النفس بأنه رد فعل للضغوط المتراكمة ذات التأثير السلبي على الفرد، وتتنوع الاستجابة لهذه الضغوط في طبيعتها، من حيث تكرارها، ودرجة تعرض الفرد لها.

وقد يتداخل هذا المصطلح) الاحتراق النفسي (مع مصطلحات أخرى مثل: الضغط، والقلق، والتوتر، والصداع، والإحباط، والتهرب النفسي من المسئولية ، وغيرها، فهناك من الباحثين من استخدم هذه المصطلحات بالتبادل عند الإشارة إلى ظاهرة الاحتراق النفسي .

مراحل الاحتراق النفسي :

يرى كلا من (ماتيسون وأنفاسيفيش Matteson & Ivancevich 1987) في (مني محمد بدران ١٩97، ٥٨) أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث فجأة وإنما تتضمن المراحل الآتية :

١ -مرحلة الاستغراق Involvement :

وفيها يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفعاً، ولكن إذا حدث عدم اتساق بين ما هو متوقع من العمل وما يحدث في الواقع يبدأ مستوى الرضا في الأنخفاض.

٢ -مرحلة التبلد Stagnation :

هذه المرحلة تنمو ببطء، وينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل تدريجياً، وتقل الكفاءة ، وينخفض مستوى الأداء في العمل ، ويشعر الفرد باعتلال صحته البدنية ، وينقل اهتمامه إلى مظاهر أخرى في الحياة ، كالهوأيات والاتصالات الاجتماعية وذلك لشغل أوقات فراغه .

٣ -مرحلة الإنفصال Detachment:

وفيها يدرك الفرد ما حدث، ويبدأ في الإنسحاب النفسي، واعتلال الصحة البدنية ، والنفسية ، مع ارتفاع مستوى الإجهاد النفسي.

٤ -المرحلة الحرجة Juncture:

وهى أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق النفسي، وفيها تزداد الأعراض البدنية، والنفسية، والسلوكية، سوء وخطرا، ويختل تفكير الفرد ، نتيجة شكوك الذات Self -Doubts ويصل الفرد إلى مرحلة الاجتياح الإنفجار ويفكر الفرد في ترك العمل وقد يفكر في الأنتحار -.

مستويات الاحتراق النفسي:

أشار (سبانيول Spaniol ، 1979) إلى أن الاحتراق النفسي مشاعر ارتبطت بروتين العمل ، وقد حدد له ثلاثة مستويات هي:

١ -احتراق نفسي متعادل:

وينتج عن نوبات قصيرة من التعب، والقلق، والإحباط، والتهيج.

٢ -احتراق نفسي متوسط:

وينتج عن نفس الأعراض السابقة، ولكنها تستمر لمدة أسبوعين على الأقل.

٣ -احتراق نفسي شديد:

وينتج عن أعراض جسمية، مثل القرحة، وآلام الظهر المزمنة، ونوبات الصداع الشديدة، وليس غريبا أن يشعر العاملون بمشاعر احتراق نفسي معتدلة ومتوسطة من حين لآخر، ولكن عندما تلح هذه المشاعر وتظهر في شكل أمراض جسمية ونفسية مزمنة عندئذ يصبح الاحتراق مشكلة خطيرة

أبعاد الاحتراق النفسي:

طبقا (ماسلاك وزملائها ,.Maslach et al ١٩٧٨) فإن صدام المهن الضاغطة يسبب مشاعر التوتر الشديد والدائم مع الناس ، والذي يقود إلى فقدان الاهتمام، وعدم الالتزام ، وهما عكس اتجاهات العامل الأصلية ، وتظهر هذه المشاعر في صورة ثلاثة أبعاد هي :

١ - الاستنزاف الإنفعالي Emotional Exhaustion:

بما أن المشاعر الإنفعالية قد استنزفت فإن العاملين لا يستطيعون أو ليس لديهم القدرة على العطاء كما كانوا من قبل، وتتمثل هذه المشاعر في شدة التوتر والإجهاد ، وشعور العامل بأنه ليس لديه شئ متبق ليعطيه للآخرين على المستوى النفسي.

٢ - فقدان الأنية Depersonalization:

ويوضح الاتجاهات السلبية تجاه من يعمل معهم العامل المحترق نفسياً، وهذه الاتجاهات السلبية والتي تكون أحيأنا تهكمية (ساخرة) لا تمثل الخصائص المميزة للعامل، وتعرف كل من ماسلاك وبينز (Maslach & Pines(١٩٧٧ هذا البعد من الاحتراق النفسي بأنه " :إحساس بالإنسانية والسخرية من العملاء ، و الذي يظهر في صورة تحقير أثناء المعاملة.

٣ - نقص الإنجاز الشخصي Lack of personal Achievement:

وهذا البعد يحدث حينما يبدأ الأفرادفي تقييم أنفسهم تقييماً سالباً، وحينما يفقدون الحماس للإنجاز، وعندما يشعر العامل بأنه لم يعد كفء في العمل مع عملائه، وبعدم قدرته على الوفاء بوعودة

أسباب الاحتراق النفسي:

توجد نظريات عديدة تدور حول أسباب ومصادر الاحتراق النفسي، وهذه النظريات تركز على ثلاثة مستويات:

١ -المستوى الفردي أو الشخصي

٢ -المستوى التنظيمي أو الإداري.

٣ -المستوى الاجتماعي.

ومع أن الأسباب الشخصية والاجتماعية لها دور هام؛ إلا أنها تساهم بقدر أقل من العوامل التنظيمية (بيئة العمل) في ظهور الاحتراق النفسي عند المهنيين، ونتنأول فيما يلي كل مستوى من المستويات السابقة، بشيء من التفصيل على النحو التالي:

١ -المستوى الفردي أو الشخصي:

وتشير (مني محمد بدران ، ١٩٩٧، ٦٥-٦٣) إلي أن فرويدنبرجر أول من أشار إلى مصطلح الاحتراق النفسي مدعياً بأن المخلصين والملتزمين هم أكثر الناس عرضة للاحتراق، ويضيف إليهم كذلك الأفرادذوى الدافعية القوية للنجاح المهني، والحقيقة أن هناك الكثير من الصدق في هذه الادعاءات؛ حيث أن الجماعة المهنية الأكثر عرضة للاحتراق النفسي هي الأكثر مثإليةً والتزاماً بمهنتها، ومن أسباب ذلك بعض الأسباب الشخصية والفردية وهي كالتالي:

١ -مدى واقعية الفرد في توقعاته وآماله، فزيادة عدم الواقعية تتضمن في طياتها مخاطر الوهم والاحتراق.

٢ -مدى الإشباع الفردي خارج نطاق العمل، فزيادة حصر الاهتمام بالعمل يزيد من الاحتراق.

٣ -الأهداف المهنية، حيث وجد أن المصلحين الاجتماعيين هم أكثر عرضة لهذه الظاهرة.

٤ -مهارات التكيف العامة.

٥- النجاح السابق في مهن ذات تحد لقدرات الفرد

٦ -درجة تقييم الفرد لنفسه.

٧ -الوعي والتبصر بمشكلة الاحتراق النفسي.

٢ -المستوى الاجتماعي:

هناك عدداً من العوامل الاجتماعية التي تعتبر مصادراً للاحتراق النفسي منها:

أ - التغيرات الاجتماعية الاقتصادية التي حدثت في المجتمع، وما ترتب عليها من مشكلات قد تؤدى إلى هذه الظاهرة.

ب- طبيعة التطور الاجتماعي والثقافي والحضاري في المجتمع؛ التي تساعدعلى أيجاد بعض المؤسسات الهامشية التي لا تلقى دعماً جيداً من المجتمع، فيصبح العاملون بها أكثر عرضة للاحتراق النفسي.

3-المستوى التنظيمي أو الإداري :

على عكس المستويين الشخصي والاجتماعي فإن الأسباب المرتبطة بالمستوى التنظيمي أو الإداري لها علاقة مباشرة بظهور هذه المشكلة، وقد تم التوصل إلى ثلاثة افتراضات هي:

أ - تشير البحوث الخاصة بالضغط النفسي والقلق إلى أن فقدان الإمكانات والكفاءة من أهم أسباب الضغط والقلق، وأن استمرار ذلك يتطور إلى ظاهرة تسمى العجز المتعلم Learned Helplessness حيث يداخل الفرد شعور بأنه عاجز عن عمل أي شيء لتحسين وضعه، وهذه الظاهرة تشبه إلى حد كبير ظاهرة الاحتراق النفسي؛ حيث يفتقر الفرد إلى المصادر والنفوذ لحل المشاكل التي تواجهه، مما يسب له لشعور بالضغط، وفي حالة استمراره يحدث الاحتراق.

ب - تشير البحوث الخاصة بالضغط أيضا إلى أن نقص الإثارة للفرد تؤدى إلى نفس الآثار السلبية التي تترتب على فرط الاستثارة، ولذلك فإن العمل الرتيب الخالي من الإثارة والتنوع والتحدي يؤدى إلى الضغط والاحتراق النفسي، فأي فشل يواجه الفرد عند تحقيقه للحاجات الشخصية خلال عمله سوف يساهم في شعوره بحالة عدم الرضا، والضغط، وبالتالي الاحتراق، فالكثيرون يأتون إلى عملهم متوقعين الكثير، فهم يريدون زملاء مسأندين، وعملاء يعترفون بالجميل، ويقدرون جهودهم، وعملاً مشوقاً ومثيراً، فضلاً عن الاستقلإلية وفي نفس الوقت يريدون راتباً كافياً، وفرصاً للترقية والتطور الوظيفي، كما يريدون ومسئولين متفاهمين وأكفاء، وشعوراً بالإنجاز، هؤلاء غالبا ما يصابون بخيبة الأمل .ومع أن درجة الرضا الوظيفي المنخفضة ليست هي الاحتراق إلا أنها تمثل تحذيراً لما سيأتي.

ت - للمناخ الوظيفي في المؤسسة والتركيبة الوظيفية دخل في عملية الاحتراق، أن المؤسسة أيا كان نوعها، يجب أن تركز على حاجات المستفيدين من خدماتها،

وهنا تبرز أهمية دور القيادة والإشراف وطبقاً لكتابات جولدنبرج Goldenberg يميل الإداريون في مؤسسات الخدمات الإنسانية ومن ضمنها المدارس إلى افتراض وإهمال حاجات القائمين بالمسئولية فيها، كما أنها تخلق تركيبة إدارية وظيفية وأسلوب تحكم من أجل محاسبة هؤلاء العاملين إذا ما خرجوا عن الخط المرسوم؛ الأمر الذي يؤدى إلى خلق أنظمة إشرافية استبدالية وصراعات بين العاملين والإدارة، وتزايد المسافة بينهم، يضاف إلى هذا أن ظاهرة الاحتراق النفسي ظاهرة معدية، ففي أي موقع عمل يكون فيه الأغلبية في حالة الاحتراق النفسي فإن نسبة حدوثه لأي عضو جديد في العمل تكون نسبة عالية

نتائج الاحتراق النفسي:

يشير (كننجهام Cunningham ١٩٨٢) إلى أن تبعات الاحتراق النفسي تتمثل في مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية والنفسية والتي تنتج عن تعرض الفرد للمستويات المرتفعة من الضغوط، والتي تعتمد بشكل كبير على إدراك الفرد وتفسيره للعالم من حوله، وعلى التعامل مع هذا العالم.

١ -الاستجابات الفسيولوجية:

وتتمثل التبعات الفسيولوجية في:

أ - ارتفاع ضغط الدم.

ب - ارتفاع معدل ضربات القلب.

ج اضطرابات في المعدة.

د جفاف في الحلق.

هـ ضيق في التنفس.

٢ -الاستجابات النفسية:

أما التبعات النفسية فتتمثل في:

أ -الاستجابات العقلية:

ومن أمثلة الاستجابات العقلية نقص القدرة على التركيز، واضطراب التفكير،وضعف القدرة على التذكر، وتهويل الأحداث، وضعف القدرة على حل المشكلات، وإصدار الأحكام، واتخاذ القرارات.

ب -الاستجابات الإنفعالية:

والاستجابات الإنفعالية تتمثل في :القلق، والغضب، والاكتئاب، والحزن، والوحدة النفسية .وفي هذا الصدد يشير كننجهام إلى أنه إذا ظل الموقف مستمرا فإن أنفعالات الفرد تزداد اضطراباً.

ج -الاستجابات السلوكية:

أما الاستجابات السلوكية فتتمثل في :العدوان، وترك المهنة، وزيادة معدل الغياب، والتعب لأقل مجهود.

ويشير (Cunningham١٩٨٢، 219 - ٢٤٤) إلي الفرق بين الاحتراق النفسي وبعض المتغيرات ذات الصلة :

الاحتراق النفسي و مفاهيم أخري :

١ -الاحتراق النفسي والتعب:

يلاحظ أن الاحتراق النفسي ليس هو التعب أو التوتر المؤقت ، مع أن وجود هذا الشعور ربما يكون علامة مبكرة له . فقد يشلك التعب أو التوتر المؤقت العلامات المبدئية لهذه الظاهرة ، إلا أن ذلك ليس كافياً للدلالة عليها . فالاحتراق النفسي يتصف بحالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بهذه التغيرات.

٢ -الاحتراق النفسي والقلق:

يتكون القلق من أعراض جسمية ، ومشاعر وأفكار مزعجة وغير مريحة ربما تكون متوسطة الدرجة أو قد تصل إلى القلق الحاد . أنه يشير إلى وجود صراع انفعالي وغير واع وعندما يصل هذا الصراع إلى درجة الشدة التي يعاني منها الجسم يعاني الفرد من الضغط والذي يتحول مع الوقت إلى الاحتراق النفسي

٣ -الاحتراق النفسي والضغوط النفسية:

يختلف الاحتراق النفسي عن الضغوط النفسية فعالباً ما يعاني الفرد من ضغط مؤقت ويشعر كما لو أنه محترقاً نفسياً لكن بمجرد أن يتم التعامل مع مصدر الضغط ينتهي هذا الضغط على أغلب الأحوال وينتج عن عدة عوامل محددة ولمدة قصيرة من الزمن ، ولكن الاحتراق النفسي هو عرض طويل الأجل مرتبط بعوامل ضاغطة ومصادر أخرى مثل الإحباط والتي تؤدي إلى الاستنزاف الإنفعالي.

٤ -الاحتراق النفسي والتهرب النفسي:

وتري (إيمان محمد زيدان ، ١٩٩٨، 13) أنه غالباً ما تستخدم المصطلحات بنفس المعنى إلأ أن التهرب النفسي يمكن اعتباره تمارض ينتج عن إحساس الفرد بأنه ليس على ما يرام فيحمي نفسه بدرجة تتعارض مع الإنتاجية كما أنه نوع من اللوم الموجه إلى العوامل الخارجية بوصفها مسئولة عن نقص الإنتاجية . فالإنسان حين يجعل من نفسه ضحية تصبح الحياة في نظره أسهل ، وعادة ما يتذرع الإنسان بأعذار للتهرب من تحمل المسئولية مثلاً لتقدم في العمر أو الإحساس بعدم الأمأن ، أو نقص الإمكانات المادية ، أو بظروف الأسرة ، أو بسبب متاعب الحياة ، أو الظروف الخاصة فلجوء الفرد إلى التهرب والبحث عن أعذار يمكن أن يكون مفيداً للفرد عند مستوى معين ولكنه إذا أراد أن يصبح الفرد غير منتج ، وإذا كان مستوى التهرب مخفضاً فمن الممكن أن يصبح الفرد غير منتج أيضاً لأن نقص مستوى التهرب النفسي عن الحد المناسب ربما يقود إلى زيادة الضغط وبالتالي زيادة الضغط فالاحتراق النفسي.

أي أن التهرب النفسي من تحمل المسئولية هو حالة إرادية يقوم بها الفرد كأسلوب من أساليب خفض الضغط أي أنه وسيلة دفاعية يقوم بها الفرد على مستوى الوعي لحمأية نفسه أما الاحتراق النفسي فهو حالة جسمانية وأنفعالية وسلوكية على مستوى اللأوعي ، تتحول إلى حالة مرضية مع مرور الوقت

٥ -الاحتراق النفسي وحالة عدم الرضا:

أن حالة عدم الرضا في حد ذاتها لا تعتبر احتراقاً نفسياً ومع ذلك ينبغي أن تؤخذ هذه الحالة بعين الاعتبار ، والتعامل معها بفاعلية لأن استمرارها يؤدي إلى الاحتراق النفسي بسبب ارتباط القوى بضغوط العمل.

٦ - الاحتراق النفسي وترك الفرد لعمله:

ترك الفرد لعمله قد ينتج عنه الاحتراق النفسي ، ولكن في نفس الوقت ربما يستمر الفرد في العمل بالرغم مما يعانيه من احتراق نفسي لأسباب متعددة مثل الراتب المغري ، والضمان الوظيفي.

الاحتراق النفسي كمشكلة مصاحبة للضغوط :

يشير(علي عسكر ، ٢٠٠٣ ،122-124) إلي مفهوم الاحتراق النفسي إلى حالة من الإنهاك أو الاستنزاف البدني والإنفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية . ويتمثل الاحتراق النفسي في مجموعة من المظاهر السلبية منها على سبيل المثال التعب ، الإرهاق ، الشعور بالعجز ، فقدان الاهتمام بالآخرين ، فقدان الاهتمام بالعمل ، السخرية من الآخرين ، الكآبة ، الشك في قيمة الحياة والعلاقات الاجتماعية ، والسلبية في مفهوم الذات ، ولا يختلف اثنأن على أن هذه المظاهر تساهم بشكل أو بآخر في نوعية أداء الفرد في عمله.

وهناك شبه اتفاق بين الباحثين في مجال السلوك التنظيمي على أن الفرد الأكثر التزاماً وإخلاصاً في عمله يكون أكثر عرضة من غيره للاحتراق النفسي . وترتبط حالة الاحتراق النفسي بدرجة أعلى بالعاملين بمهن الخدمات الاجتماعية كالشرطة والمدرسين ، متخصصي الخدمة الاجتماعية والنفسية الممرضين والممرضات ، الأطباء ، المحامين ، وغيرهم ممن يتعاملون مع الناس.

فالفرد الملتزم والمخلص من هؤلاء يقع ، بالإضافة لظروف العمل الضاغطة ، تحت ضغط داخلي للعطاء وفي الوقت نفسه يواجه ظروف متغيرات خارجة عن إرادته وتحكمه تقلل من فعاليته في القيام بعمله بالصورة التي تعكس دافعه الشخصي ، فالممرضة التي لا تتمكن من إعطاء اهتمام شخصي لكل مريض بسبب كثرة المرضى في الجناح ، المدرس الذي يواجه الأعداد الكبيرة من الطلاب في الفصل وبالتالي لا يتمكن من إعطاء وقت كاف لكل منهم ، والموظف الذي يعمل في منظمة .

بيروقراطية لا تشجع أية مبادرة شخصية ويشيع فيها المناخ التسلطي ، هؤلاء جميعاً معرضون للوصول إلى حالة الاحتراق النفسي.

ومن المناسب هنا الإشارة إلى عدد من النقاط توضح اختلاف حالة الاحتراق النفسي عن حالات أخرى مشابهة :

* على الرغم من أن التعب أو التوتر قد يشكل العلامات الأولية لهذه الحالة ، إلا أن ذلك ليس كافياً للدلالة عليها وبخاصة إذا كانت قصيرة الأجل ، فالاحتراق النفسي يتصف بحالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بالتغيرات السلبية التي تم ذكرها .

* يختلف الاحتراق النفسي عن التطبيع الاجتماعي ، حيث يغير الفرد سلوكه واتجاهاته نتيجة للتفاعل مع الآخرين الذي يمكن أن تترتب عليه مظاهر سلوكية سلبية إذا كان الوسط الاجتماعي الذي يحدث فيه ذلك التفاعل يدعم التصرفات غير البناءة ، أما بالنسبة للاحتراق النفسي ، فإن سلوك الفرد هو محصلة ردود الفعل المباشرة للتعرض لمصادر الضغوط في بيئة العمل.

* حالة عدم الرضا الوظيفي وما قد يصاحبها من غياب للدافعية في العمل من جانب المهني لا تعتبر احتراقاً نفسياً ، ومع ذلك ينبغي أخذها بعين الاعتبار لأن استمرارها يؤدي إلى الاحتراق النفسي.

* الاستمرار في العمل لا يعتبر مؤشراً يعتمد عليه في إصدار حكم بغياب الاحتراق النفسي ، فالفرد ربما يستمر في عمله بالرغم مما يعانيه من احتراق نفسي لأسباب متعددة منها : الراتب الجيد ، مسئوليات وظيفية قليلة ، وجود ضمأن وظيفي ، وفي أسوأ الحالات عدم وجود فرص للالتحاق بوظائف أخرى.

وتشير باربرا براهام بأن هناك أربعة مؤشرات أولية ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الاحتراق النفسي:

١) الأنشغال الدائم والاستعجال في أنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم . فعندما يقع الفرد في شراك الأنشغال الدائم فإنه يضحي بالحاضر . وهذا يعني أن وجوده في اجتماع أو مقابلة يكون جسدياً وليس ذهنياً . ففكرة إما أن يكون في المقابلة السابقة أو فيما ينبغي عمله في اللقاء اللاحق.

وعادة في مثل هذه الحالة ينجز الفرد مهامه بصورة ميكانيكية دون أي اتصال عاطفي مع الآخرين ، حيث أن الهم الوحيدح الذي يشغل باله هو السرعة والعدد وليس الإتقأن والاهتمام بما بين يديه.

2) تأجيل الأمور السارة والأنشطة الاجتماعية من خلال الاقتناع الذاتي بأن هناك وقتا لمثل هذه الأنشطة . ولكن) فيما بعد (لن يأتي أبدا ، ويصبح التأجيل القاعدة أو المعيار في حياة الفرد.

٣) العيش حسب قاعدة) يجب وينبغي (يصبح هو السائد في حياة الفرد . الأمر الذي يترتب عليه زيادة حساسية الفرد لما يظنه الآخرون ويصبح غير قادر على إرضاء نفسه . وحتى في حالة الرغبة في إرضاء الآخرين ، التي تصاحب هذه القاعدة ، فإنه يجد ذلك ليس بالأمر السهل عليه.

4) فقدان الرؤية أو المنظور الذي يؤدي إلى أن يصبح كل شئ عنده مهما وعاجلا .وتكون النتيجة بأن ينهمك الفرد في عمله لدرجة يفقد معها روح المرح ، ويجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات

ويرتبط ذلك بما يعرف الغرب بالشخص المدمن على العمل وتشير التسمية إلى الفرد الذي يصبح العمل الجزء الاساسي في حياته وفي مركز اهتماماته الشخصية بصورة تخل بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية والإنفعالية التي تصاحب مثل هذا الخلل .

كيفية تفادي الاحتراق النفسي:

ويحد (علي عسكر ، ٢٠٠٣،١٢٧) كيفية تفادي الاحتراق النفسي ، بأن حالة الاحتراق النفسي ليست بالدائمة وبالإمكان تفاديها والوقائية منها . ويعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث التغذية والنشاط الحركي والاسترخاء الذهني من الأمور الحيوية والمكملة للجهود المؤسسية في تفادي الاحتراق النفسي . وبصورة عامة ، يوصي الباحثون بإتباع الخطوات التالية:

١ -إدراك أو تعرف الفرد على الأعراض التي تشير إلى قرب حدوث الاحتراق النفسي.

٢ -تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو باللجوء إلى الاختبارات التي توضح له الأسباب.

٣ -تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوة السابقة ، فمن الناحية العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة.

٤ -تطبيق الأساليب أو اتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها: تكوين صداقات لضمأن الحصول على دعم فني اجتماعي ، إدارة الوقت ، تنمية هوايات ، مواجهة الحياة كتحدي للقدرات الذاتية ، الابتعاد عن جو العمل كلما أمكن ذلك ، الاستعأنة بالمتخصصين ، والاعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الإيجابية في تقييم الخطوات العملية التي اتبعها الفرد لمواجهة المشكلة للحكم على مدىمواجهتها فعاليتها واتخاذ بدائل إذا لزم الأمر .

ويستعرض (عبد العزيز، 2003 ، 184-185) الظروف المحيطة بهذه الظاهرة يوحي بالكآبة ومحدودية فرص للتعامل معها ، إلا أنه في الواقع هناك ما يمكن عمله لتقليل هذه الظروف وبالطبع تتفاوت مواقع العمل في مدى نجاحها تبعا للظروف المحيطة بها . ويمكن اعتبار الخطوات التالية كجهود رامية لتقليل أو من ظهور الاحتراق النفسي بين العاملين في مجال الخدمات المهنية .

١ -عدم المبالغة في التوقعات الوظيفية .

٢ -المساندة المالية للمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع.

٣ - وجود وصف تفصيلي للمهام المطلوب أداؤها من قبل المهني .

4- تغيير الأدوار والمسئوليات .

5- الاستعانة باختصاصي نفسي للتغلب على المشكلة .

٦ - زيادة المسئولية والاستقلالية للمهني .

٧ - المعرفة بنتائج الجهود المبذولة سواء على المستوى الفردي أو المستوى الإداري .

٨ - وجود روح التآزر والاستعداد للدعم النفسي للزميل في مواجهة مشاكل العمل اليومية ، الأمر. الذي يتطلب الحوار المفتوح وطرح المشاكل بطريقة دورية.

٩ - الاهتمام ببرامج التطوير ونمو العاملين نموا مهنيا ونفسياً.

التعامل الأيجابي مع الضغوط أو التحكم في الضغوط

خصائص الفرد المحترق نفسياً:

في دراسة قام (كالدويل واريك ١٩٩٤) ذكر فيها أن هناك خمس مراحل يمر بها الفرد لكي يصبح محترقاً نفسيا وهذه المراحل هي:

١- من المحتمل أن يكون الفرد المحترق نفسياً متحمسا للعمل عند التحاقه به ، فالفرد لا يمكن أن يصبح مستنزفا ما لم يكن لديه التزام نحو عمله.

٢ - هذا الحماس الأولى سريعا ما يقود إلى الجمود حين يدرك الفرد أنه لن يكون قادرا على حل كل المشاكل التي تواجهه داخل عمله

٣ - وهذا الجمود بدوره يقود إلى الإحباط حينما لا تحل المشاكل وخاصة الهامة.

٤ - وهذا الاحباط ربما يقود في النهأية إلى اللامبالاة تجاه العمل.

٥ - وهكذا تصبح الطريقة الوحيدة التي يمكن للفرد أن يستخدمها لمواجهة الاحتراق النفسي من خلالها هي التدخل الخارجي الذي يأخذ شكل الإرشاد أو ترك المكان الذي يسبب له الاحتراق النفسي.

كما يصف (ستر اسمأير ١٩٩٢) المعلم المحترق نفسيا بأنه:

١- ذو مستوى تعليمي عال .

٢- يعمل أكثر من نصف الوقت مع الطلاب.

٣- يشعر بعدم الكفاءة .

٤ - يشعر بعدم الرضا بصفة عامة عن كل مظاهر الحياة.

٥- يميل إلى عدم الرغبة في منافسة زملائه أو الاختلاف معهم.

٦- لديه مشاعر سالبة.

٧- يشعر بالمعاناة الشديدة تحت الضغوط

٨- يبذل كل مجهود للعمل بدقة.

٩- معتل الصحة .

10- يحاول الابتعاد عن طلابة .

علاج الاحتراق النفسي:

أعراض ومؤشرات الاحتراق النفسي:

كما يري (زيدان السرطاوي ، 1997 ، 21) أعراض الاحتراق النفسي تؤكد احدي الدراسات بأنه يمكن أن نستدل علي وجود الاحتراق النفسي بواسطة ثلاثة مؤشرات أو أعراض بارزة وهي:

1) شعور الفرد بالإنهاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلي شعور الفرد بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية وضعف الحيوية والنشاط وبالتالي إلي فقدان الشعور بتقدير الذات

2) الاتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي يقدم لها الخدمة(طلاب، مرضي،مسترشدين) وفقدان الدافعية نحو العمل.

3) النظرة السلبية للذات والاحساس باليأس والعجز والفشل.

تأثيرات الاحتراق النفسي:

وصف أوستن81 ١٩ Austin الضغط كإستجابة كيميائية وعقلية وجسمية للظروف التي تخيف وتثير وتربك وتعرض للخطر أو ترعب بينما وصف الاحتراق النفسي على أنه استنزاف جسماني انفعالي وهو عادة ما يبدأ بشعور من عدم المبالاة وهناك قائمة من الآثار التي يمكن أن تنتجخ عن الاحتراق النفسي منها التعب ، والإحباط ، والميل إلى كثرة النوم ، والشد العصبي ، وارتفاع ضغط الدم ، وتزايد ضربات القلب ، وسرعة التنفس ، وأنقباض العضلات خلف العنق أو حول الرأس والذي يسبب الصداع وتقلصات المعدة التي غالبا ما تؤدي إلى القرحة . وهناك أعراض أخرى منها زيادة أو فقدان الشهية ، التغير في النمط الجنسي ، والإفراط في شرب الكحوليات ، والتقلصات العضلية ، والأرق ، والإسهال ، وإذا ما استمر المعلم في التعرض إلى مستويات عالية من الضغط في العمل دون أن يأخذ فترات استرخاء فمن الممكن أن تتطور هذه الأعراض البيولوجية لتصبح مرضا.

السيكوسوماتية وبعض الأمراض ، وقد أشار إلى أن الاحتراق النفسي يمثل خطرا على صحة المعلمين واقتراح ضرورة قيام الشئون الصحية المدرسية بإمداد المعلمين بالمهارات والمعلومات اللازمة للتكيف مع الضغط المهني . كما أشار كنجهام 1981إلى أن الاحتراق النفسي للمعلم عادة ما يبدأ بشعور من عدم المبالاة وأن ما يميز المعلم المحترق نفسيا الشعور الدائم بالتعب ، عدم الرضا والإحباط وحالة من التدني الجسماني ، كما وجد أن المعلم المحترق نفسيا غالبا ما يعاني من أمراض جسمأنية غير خطيرة مثل الأرق وأدوار البرد المتكررة .وقد أشار إلى أن التعرض لمثل هذه الحالات لفترات طويلة قد ينتج عنها أمراض مثل سوء التغذية ، أمراض القلب ، البدأنة ، الصداع المزمن ، ومشاكل في التنفس ، بالإضافة إلى هذه
الأعراض فهناك أيضا الأعراض الناتجة عن الهيكل التنظيمي مثل كثرة الغياب عن العمل ، وقلة الحماس له

كيف يقاس الاحتراق النفسي:

وهنا يشير (علي عسكر ، ٢٠٠٣، 127- 128) إلي كيفية قياس الاحتراق النفسي عن طريق تشكل الاستجابات السلوكية والمظاهر الدالة على الاحتراق النفسي القاعدة الأساسية التي يعتمد عليها الباحثون في تصميم أدوات تساعدهم على الإجابة على التساؤل فيما إذا كان الفرد بخير أو محترق نفسياً وفي العادة يقوم المستجيب بالإجابة على عبارات تقديرية بالموافقة أو عدم الموافقة عليها ، أو الإجابة نفسها من بعد أن منظور تدريجي على مقياس يتفأوت من ثلاثة إلى إحدى عشر خياراً.

وفيما يلي أمثلة لمضمون العبارات التي تتضمنها هذه الأدوات:

- مدى الشعور بالتعب والإرهاق .
- أسلوب الاتصال مع الآخرين.
- درجة التفاؤل أو التشاؤم في النظرة الشخصية للعمل.
- النظرة الشخصية للعمل.
- درجة التفاؤل أو التشاؤم في النظرة الشخصية للحياة.
- مدى المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- مدى الرغبة في مساعدة الآخرين.
- غياب أو غموض الأهداف في حياة الفرد .

دراسات سابقة تناولت الاحتراق النفسي :

1) دراسة عدنان فرج (2000)

وموضوعها "الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة "

هدف الدراسة :

تهدف الدراسة إلي الكشف عن مستوي الاحتراق النفسي لدي المعلمين المتعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة في الؤسسات والمراكز ذات العلاقة في دولة قطر .

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة (122) معلماً تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مراكز التربية ، واستخدم الباحث مقياس ماسلاك وجاكسون للاحتراق النفسي .

نتائج الدراسة :

عن مستوي احتراق نفسي متوسط لدي الدراسة ، وكان الذكور أكثر إحساساً من الإناث بنقص للإنجاز والمتخصصين في علاج وتدريب ذوي الاحتياجات الخاصة كانوا أكثر إحساساً بالاحتراق النفسي من المعلمين في بعد الاجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز .

2) دراسة جيهان عثمان محمود (2000)

موضوعها " فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض الضغوط النفسية لمعلمي الاطفال المعاقين عقلياً"

هدف الدراسة :

هدفت الدراسة إلي معرفة كيفية التعامل مع الضغوط النفسية ومصادر تلك الضغوط التي يتعرض لها المعلمون في عملهم .

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة (222) معلمًا تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، واستخدمت الباحثه مقياس ماسلاك وجاكسون للاحتراق النفسي .

نتائج الدراسة

توصلت الدراسة إلي أن البرنامج الإرشادي يتصف بالفعالية لخفض الضغوط النفسية لمعلمي الاطفال المعاقين عقلياً .

3) **دراسة بورتر و سوزان Porter & Susan (2000)**

وموضوعها " الاحتراق النفسي للمعلم داخل المدارس العامة "

هدف الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى تخفيف الاحتراق النفسي للمعلم داخل المدارس العامة . واشترك في هذه الدراسة معلموا المدارس الثأنوية من أربع مناطق تعليمية في ولأية وأيومنغ على أساس تطوعي.

عينة الدراسة :-

وأجريت قياسات على معلمي المجموعتين المشاركة والضابطة حول مستويات الاحتراق النفسي قبل المعالجة وبعدها .

نتائج الدراسة :

وأشارت نتائج تحليل التبأين الأحادي والمتكرر، والتي أجريت على البيانات، إلى أن المعالجة لم تكن فعالة في تخفيض مستويات الاحتراق النفسي لدى المعلم، ولكن كان من الواضح أنه لا يوجد عدد كبير من المعلمين يتصفون بمستويات عُليا من الاحتراق .

4)دراسة سيدجوك إم Sedgwick M (2000)

و موضوعها " الاحتراق النفسي لدي المعلم وعلاقة بإضطراب سلوك التلميذ **"**

هدف الدراسة :

الكشف عن معرفة الاحتراق النفسي لدي المعلم وعلاقة بإضطراب سلوك التلميذ **.**

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة (208) من معلمين المرحلة الابتدائية لذوي الاحتياجات الخاصة .

واستخدمت الدراسة مقياس استراتجيات المعلم ومقياس ماسلاك للاحتراق النفسي ومقياس اضطراب السلوك .

نتائج الدراسة :

اسفرت نتائج الدراسة عن ظهور ثلاثة للاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة وتعتبر كمؤشر دال لتفسير اضطراب سلوك التلاميذ وهي

- الإجتهاد الانفعالي .
- تبلد المشاعر .
- نقص الدافعية للإنجاز .

6) دراسة بيتري ل Petrie, L (2001)

وموضوعها " الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة "

هدف الدراسة :

تهدف الدراسة إلي التعرف علي الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة (18) معلماً ومعلمة من الجنسين.

نتائج الدراسة :

أسفرت نتائح الدراسة عن أن هناك علاقة بين الاحتراق النفسي و عدم إنجاز العمل **.**

7) دراسة تودل، كيثيا ميكني Toodle& Cynthia Mckinney (2002)

وموضوعها " الاحتراق النفسي و التوتر لمعلمي التعليم الخاص "

هدف الدراسة :

- تحديد مستويات الاحتراق النفسي لمعلمي التعليم الخاص .

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة (80) معلماً ومعلمة من الجنسين.

نتائج الدراسة :

أ - هناك علاقة بين التوتر والاحتراق النفسي .

ب - هناك متغيرات ديموغرافية مثل(الجنس، الدرجة، المستوي وغيرها) ترتبط بالاحتراق النفسي للمعلم .

ت - الفوضي وغموض الدورو المباديءالادارية كانت مصدر لتوتر المعلم .

8) دراسة منى عبدالكريم اليافعي (2003)

وموضوعها " الاحتراق النفسي للعاملين مع الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة **"**

هدف الدراسة :

هدفت الدراسة للتعرف علي مستوي الاحتراق النفسي لدي معلمات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية وعلاقته ببعض المتغيرات (الؤهل العلمي للمعلم ، وسنوات الخبرة ، ونوع الإعاقة) .

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (88) معلمة من معلمات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية وقد استخدم الباحثان مقياس شرنك Shrink 1996 للاحتراق النفسي .

نتائج الدراسة : –

– أن هناك علاقة بين الاحتراق النفسي لدي بعض التخصصات لصالح غير التخصص .

9) دراسة جيهان علي السيد سويد (2003)

وموضوعها " الضغوط النفسية وعلاقتها باساليب التعلم والتحصيل الدراسي لدي طلاب الجامعة"

هدف الدراسة :

هدف البحث الي دراسة الضغوط النفسية واساليب التعلم وتاثيرها علي التحصيل الدراسي لدي طلاب الجامعة حيث تمثل بعدا هاما لهم في تحقيق أهداف العملية التربوية وتدعم في المتعلم القدرة علي مواجهة أي مشكلات من شانها ان تسبب ضغوطا تؤثر علي مسيرته العلمية. تناول البحث المؤسسات التربوية التي تحرص علي الاهتمام بالتحصيل الدراسي باعتباره مؤشر لتحقيق الأهداف التي تسعي هذه المؤسسات لتحقيقها.

نتائج الدراسة :

وناقشت الدراسة الضغوط النفسية التي لها تاثير مباشر علي كافة نواحي الحياة خاصة في البيئة التعليمية ومما لا شك ان الطلاب هم العامل الرئيسي والديناميكي في نجاح العملية التعليمية وعلي وجه التحديد طلاب مرحلة الدراسة الجامعية حيث يواجه فيها الطلاب العديد من المتطلبات والاعباء التي من شانها ان تسبب ضغوطا تقع علي كاهل طلاب الجامعه كما ان لهذه الضغوط اشكال عديدة من الانعكاسات النفسية والجسمية والمعرفية بالاضافة الي ذلك فان الطلاب يتعلموا باساليب مختلفة ومن ثم فان تحصيلهم الدراسي يختلف باختلاف هذه المتغيرات.

10) دراسة جينيت، هيزر ، Jennett & Harris (2003)

وموضوعها " فعالية المعلم والاحتراق النفسي بين معلمي الاطفال المتوحدين

هدف الدراسة : -

- التعرف علي المتغيرات التي ترتبط بالاحتراق النفسي للمعلمين .

عينةالدراسة : –

تكونت عينة الدراسة من 34 مدرس استخدموا مقياس تحليل السلوك، 30 مدرس اكملوا استبيأن علاج التوحد وتم استخدام مقياس ماسلاك للاحتراق

نتائج الدراسة : –

أ- لا توجد هناك اختلافات في فعالية التدريس أو الاحتراق

ب- هناك علاقة واضحة بين فعالية المدرس والاحتراق النفسي والمدخل الذي يستخدمه المدرس .

11) دراسة كونسلادينا و كاثري Konsladina & Katherine (2003)

وموضوعها " العلاقة بين الاحتراق النفسي والتذمر والرضا عن العمل لدى المعلمين "

هدف الدراسة :–

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي العلاقة بين الاحتراق النفسي والتذمر والرضا عن العمل لدى المعلمين"،

عينة الدراسة :–

وطبقت أداة الدراسة على عينة مكونة من (166) معلمًا من (6) مدارس ثأنويةفي منطقة لندن الكبرى، في حين أن المجموعة المرجعية الأوروبية تكونت من(2017) ومعلمة شاركوا في مشروع التعليم من (10) دول أوروبية .

نتائج الدراسة : -

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المعلمين البريطانيين كانوا أسوا حالا من سائر زملائهم مقارنة بالعينة المرجعية الأوروبية وعلى غالبية متغيرات الدراسة، وأظهروا ميلا لاستخدام استراتيجيات مختلفة للتكيف مع ظروف العمل، وقد بينت نتائج الدراسة وجود ارتباط قوي بين الإجهاد الجسدي وموضوع الاحتراق .

12)دراسة جاك وجيل Jack & Jill (2003)

وموضوعها " العلاقة بين ضغوط مهنة التدريس والاحتراق النفسي والقلق والتوتر"

هدف الدراسة :-

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي " العلاقة بين ضغوط مهنة التدريس والاحتراق النفسي والقلق والتوتر"

عينة الدراسة :-

عينة مكونة من (86) معلمًا ومعلمة للمرحلة الأساسية والثانوية .

نتائج الدراسة :-

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن ضغوط العمل الناتجة عن مهنة التعليم تؤدي إلى الاحتراق النفسي، وأن المعلمين القادرين على تنظيم أمزجتهم السلبية يكونون أقل عرضة لمخاطر الإحتراق النفسي من أولئك الذين لا يستطيعون السيطرة على أمزجتهم.

13) **دراسة فوزية الجمالي وعبدالحميد حسن (2003)**

وموضوعها " الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة بسلطة عمان **"**

هدف الدراسة :

الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة واحتياجاتهم التدريبية أثناء الخدمة بسلطة عمان .

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (133) معلما ومعلمة .

نتائج الدراسة :

وأشارت النتائج أن معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة معتدلة ، كما أظهرت الدراسة أن المعلمين العمانيين أكثر تعرضا للاحتراق النفسي علي بعدي تبلد المشاعر ، وتدني مستوي الإنجاز .

دراسة كونري، جويس لي Conrey & Joyce L (2005)

14) موضوعها " الاحتراق النفسي لمعلمي التعليم الخاص "

هدف الدراسة: -

عرض الدراسة هو بحث العلاقة بين متطلبات العمل والعوامل المحددة للاحتراق النفسي للمعلم .

عينةالدراسة:

تكونت عينةالدراسة من (464) معلم بالتعليم الخاص بكولورادو وتم استخدام مقياس ماسلاك للاحتراق وكان معدل الاستجابة 54%

نتائج الدراسة : -

1- أوضحت النتائج أن المعلمين ذوي الرضا الوظيفي احرزوا نقاط متوسطة من الاحتراق ولكن حجم التأثير كان صغير .

2- الادراك الأيجابي كان له علاقة هامة بالمستويات للاحتراق .

3- أوضحت الدراسة فاعلية البرنامج في تقليل عدم الرضا الوظيفي للمعلم .

15) دراسة اميمة عبد المقصود قنتوش (2005)

وموضوعها "مدي فاعلية كلا من الارشاد النفسي الموجه وغير الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدي عينة من المعلمات"

هدف الدراسة :

هدفت الدراسة الي التعرف علي مدي فاعلية كلامن الارشاد النفسي الموجه وغير الموجه في خفض حدة الاحتراق النفسي لدي عينة من المعلمات.

عينة الدراسة :

تكونت العينة من 29 معلمة بالمرحلة الاعدادية، ثم تقسيمهن الي ثلاث مجموعات، مجموعه ضابطة 11 معلمة ومجموعه ارشاد موجه 9 معلمات ومجموعة ارشاد غير موجه 9 معلمات، كما استخدمت الاساليب الاحصائية.

نتائج الدراسة :

وتوصلت الدراسة الي فاعلية الارشاد الموجه من خلال التفكير العقلاني في خفض حدة الاحتراق النفسي وتحسن مفهوم الذات لدي المعلمات بعد البرنامج وبعد فترة المتابعة.وفاعلية كلا من الارشاد الموجه وغير الموجه في خفض حدة الاحتراق النفسي وتحسن مفهوم الذات لدير المجموعه الارشادية مقارنة بالمجموعه الضابطةوكان الارشاد غير الموجه اكثر فاعلية من الارشاد الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي وتحسن مفهوم الذات.

16) دراسة تاليور،راشل، Talmor & Rachel (2005)

وموضوعها " العوامل المرتبطة بالاحتراق النفسي للمعلم ذوي الاحتياجات الخاصة"

هدف الدراسة :

أن هدف البحث هو التعرف علي العوامل البيئية المرتبطة بالعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة واكتشاف العلاقة بين هذه العوامل والاحتراق النفسي .

عينةالدراسة : -

تضمنت عينةالدراسة (330) معلم بالمدارس الابتدائية .

نتائج الدراسة:-

أ- هناك علاقة بين الاحتراق النفسي وواتجاهات المعلمين

ب - كلما كان اتجاه المعلم اكثر إيجابية كلما كان المعلم اكثر احتراق نفسي .

ت - كانت هناك نتيجتين مرتبطتين بمعدلات الاحتراق النفسي العالية وهي اعداد الطلاب ذوي الاحتياجات بالفصل والمساعدة القليلة المزودة من المعلم

ث - وجدت ثلاثة عوامل بيئية لها علاقة سلبية بالاحتراق(العامل التنظيمي، العامل النفسي، العامل الاجتماعي) .

ج - وجد أن العامل الاجتماعي هو الاكثر ارتباطا سلبيا بالاحتراق فكلما كان الدعم الاجتماعي أقل للمعلم كان مستوي الاحتراق النفسي للمعلم اكبر

17) دراسة ساري ، هاكان Sari & Hakan (2005)

وموضوعها " الاحتراق النفسي والمعلمون بالمدارس الخاصة "

هدف الدراسة : -

أ - تستكشف الدراسة موضوعات الاحتراق النفسي والرضا الوظيفي ونقص التحكم بين مدرسي التعليم الخاص في تركيا

ب - تحديد ما إذا كان هناك اختلاف بين المعلمين بناء علي (حالة العمل، خبرة العمل، الجنس)

عينةالدراسة : –

تكونت عينة الدراسة من (295) من (33 مدرس) مشارك وتم استخدام مقياس ماسلاك ومقياس الرضا الوظيفي .

نتائج الدراسة :-

تم رصد النتائج بالتفصيل بالمقال .

18) دراسة عمر الخرابشة و أحمد عربيات (2005)

وموضوعها " الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي صعوبات التعليم "

هدف الدراسة :

وهدف الدراسة الحالية هو معرفة تخفيف الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي صعوبات التعلم .

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (166) معلم ومعلمة بالأردن

نتائج الدراسة :

وأشارت النتائج أن معلمي ذوي صعوبات التعلم يعانون من الاحتراق النفسي بدرجة متوسطة علي بعدي الإجهاد الانفعالي ، تبلد المشاعر ، نقص دافعية الإجاز .

19) دراسة أيجيد ، كارلا Egyed & Caria (2006)

وموضوعها " الاحتراق النفسي للمعلم **"**

هدف الدراسة : بحثت الدراسة سمات المعلم التي ربما تقود إلي دلائل تعليمية خاصة وتقلل الاحتراق النفسي .

عينةالدراسة :-

ضمت الدراسة 106 معلم بالمرحلة الابتدائية والذين خضعوا لمقياس ماسلاك للاحتراق .

نتائج الدراسة :

ا) هناك علاقة عكسية بين شعوء المعلم بالفاعلية والاحتراق النفسي

2)هناك علاقة بين الفروع في الاختبارات .

20) دراسة إبراهيم أمين القريوتي ، فريد مصطفى الخطيب (٢٠٠٦)

وموضوعها " الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن**"**

هدف الدراسة:-

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلبة العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن، باختلاف فئة الطالب وجنس المعلم ودخله الشهري وحالته الاجتماعية وتخصصه.

عينة الدراسة :-

واشتملت عينة الدراسة على (٤٤٧)معلما ومعلمة منهم (129) من الذكور و (318) من الأناث

، أدوات الدراسة وقد استخدم الباحثأن مقياس شرنك Shrink 1996 للاحتراق النفسي.

نتائج الدراسة :

أشارت نتائج الدارسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة الاحتراق النفس تعزى لجنس المعلم أو حالته الاجتماعية .في حين أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى مستوى الدخل ولصالح ذوي الدخل المنخفض والمتوسط مقارنة بذوي الدخل المرتفع، كما أن هناك فرو ق ذات دلالة إحصائية لمتغير تخصص المعلم ولصالح المتخصصين كما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير فئة الطالب(عادي أو من ذوي الاحتياجات الخاصة) حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاحتراق النفسي لصالح معلمي الطلبة المعاقين والموهوبين مقارنة بمعلمي الطلاب العاديين .

21) دراسة رحاب أحمد حسانيين (2006)

وموضوعها " فاعلية برنامج إرشادي جماعي في مقاومة الإنهاك النفسي لدي عينة من الطلبة الموهوبيين في مرحلة المراهقة "

هدف الدراسة :

- الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي جماعي في مقاومة الإنهاك النفسي لدي عينة من الطلبة الموهوبين في مرحلة المراهقة .

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة عينة قوامها (56) فرداً تم تقسيمها إلي مجموعة تجريبية (28) ومجموعة ضابطة (28) فرداً .تم استخدام مقياس الإنهاك النفسي لدي الموهوبين .

نتائج الدراسة :

اسفرت النتائج عن وجود :

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس الإنهاك النفسي في الاتجاة الأفضل .

2- - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاة الأفضل .

علي مقياس الإنهاك النفسي .

22) دراسة عماد السيد محمد فرج (2007)

وموضوعها " فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الإنهاك النفسي لدي عينة من معلمي التربية الخاصة (معلمي المعاقين عقليا) "

هدف الدراسة :

- تهدف الدراسة إلي الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الإنهاك النفسي لدي عينة من معلمي التربية الخاصة (معلمي المعاقين عقليا) "

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة عينة قوامها (20) من معلمي المدرسة الفكرية التابعة لمركز بلطيمً تم تقسيمها إلي مجموعة تجريبية (10) ومجموعة ضابطة (10) معلم .

نتائج الدراسة :

1- فعالية البرنامج الإرشادي معرفي سلوكي في خفض الإنهاك النفسي لدي عينة الدراسة .
2- فعالية البرنامج الإرشادي معرفي سلوكي في تعديل الأفكار السلبية وغير القلأنية المرتبطة بالإنهاك النفسي لدي عينة الدراسة .

23) دراسة نوال عثمان أحمد (٢٠٠٨)

وموضوعها : " الاحتراق النفسي وعلاقتة ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة . "

أهداف الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية ، لدى العاملات مع ذوى الاحتياجات الخاصة ، وكشف الضغوط النفسية والمهنية المؤدية للاحتراق النفسي؛ للتوصل إلى بعض الأساليب الإرشادية والحلول التي من شأنها أن تساعد المسئولين والعاملين مع الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة في التغلب على مشكلة الاحتراق النفسي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 150 معلمه . بطريقه عشوائية من العاملات في مراكز الاحتياجات الخاصة بمدينة جدة .

استخدمت الباحثة مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي ماسلاك وجاكسون 1981

نتائج الدراسة :

أسفرت النتائج :- عن وجود علاقة دالةبين بعض سمات الشخصية وبعض أبعادالرضا الوظيفي ولعل ذلك يعزي إلى اختلاف ، أداة الدراسة و عينة الدراسة.

24) دراسة دينبيرج،لوري سو Danenberg & Lori Sue (2008)

وموضوعها " الاحتراق النفسي للمعلم والتعليم الخاص "

هدف الدراسة : -

هدفت الدراسة إلي بحثث الدراسة العلاقة بين النسبة المئوية لتقييم معلمي التعليم الخاص والاحتراق النفسي .

عينة الدراسة : -

تكونت عينة الدراسة من (42) معلماً بمدارس (مرحلة ما قبل المدرسة) وتم استخدام مقياس ماسلاك للاحتراق .

نتائج الدراسة :-

أ- هناك علاقة قوية وإيجابية بين درجات الإنهاك ونسبة المعلمين المشار إليهم في التقييم

ب - هناك علاقة إيجابية بين درجات الاكتئاب الشخصي ونسبة المشاركين في التقييم

ج - كانت هناك علاقة سلبية بين عدد السنوات ونسبة المعلمين المشاركين بالتقييم .

25) دراسة سعيد الظفري وإبراهيم القريوتي (2010)

موضوعها :" الاحتراق النفسي لدى معلمات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في سلطنة عمان ."

أهداف الدراسة :

استهدفت الدراسة تعريف مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بسلطنة عمان، ومدى اختلاف هذه المستويات بناء على التخصص، والمؤهل الدراسي، والحالة الاجتماعية للمعلمات، بالإضافة إلى الكشف عن العلاقة بين الاحتراق النفسي وكل من الخبرة التدريسية، والدورات التدريبية للمعلمات ، والمستويات الاقتصادية لطلاب المدرسة.

عينة الدراسة :

وقد تكونت العينة من (200) معلمة من معلمات الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان واستخدم الباحثان مقياس ماسلاك وجاكسون للاحتراق النفسي 1981 بأبعاده الثلاثة : الإجهاد الإنفعالي، وتبلد الشعور، ونقص الإنجاز .

نتائج الدراسة :

أشارت النتائج إلى وجود مستوى منخفض من الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة، وأن مستويات الاحتراق اختلفت باختلاف التخصص (لصالح التخصصات العلمية) والمؤهل الدراسي (لصالح حملة البكالوريوس مقارنة بحملة الدبلوم العالي) بينما لم توجد فروق دالة إحصائيا .

تعزى للحالة الاجتماعية للمعلمة ، كما دلت النتائج على أن جميع أبعاد الاحتراق لدى المعلمات ترتفع كلما إنخفض المستوى الاقتصادي لطلاب المدرسة، بينما لم توجد علاقة لمعظم أبعاد الاحتراق بالخبرة التدريسية والدورات التدريبية .

المراجع

1) **أيمان محمد مصطفى زيدان (١٩٩٨)** مدى فاعلية كل من الإرشاد النفسي الموجه وغير الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمات رسالة دكتوراة معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعةالقاهرة .
2) **أحمد عزت راجح (1973)** أصول علم النفس :الطبعة الثالثة ، القاهرة ، دار المعارف
3) **أحمد محمد عبدالخالق ومأيسة أحمد النيبال (1990)** الدافع للإنجاز وعلاقتة بالقلق والانبساط . دراسات نفسية ، 1 (4) ، 637 -653 .
4) **أحمد، محمد عبد اللطيف (٢٠٠٤)** مصادر الضغوط لدى معلمي التربيةالخاصة وعلاقته ببعض المتغيرات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، أبريل، -العدد ٤ ص ١٧١ .
5) **احمد زكي صالح (1972)** :علم النفس التربوي،الطبعة الثالثة عشر،القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .
6) **آمال عبدالسميع باظة (2002)** الصحة النفسية والعلاج ، القاهرة ، الانجلو المصرية .

7) **السيد إبراهيم السمادونى (١٩٩٠)** إدراك المتفوقين عقلياللضغوط والاحتراق النفسي في الفصل المدرسي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والبيئية" أبحاث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصرمن22-24 ينأير، الجمعيةالمصرية للدراسات النفسية، الجزء الثاني، القاهرة .

8) **جمعة سيد يوسف (٢٠٠٦)** الضغوط النفسية : أبعادها وأساليب مواجهتها فى : عبدالحليم محمودالسيد وآخرين، الأسس النفسية لتنمية الشخصية الأيمانية للمسلم المعاصر ، القاهر ة :المعهدالعالمى للفكر الإسلامى (قيد النشر).

9) **حمدي على الفرماوى (١٩٩٠)** مستوى ضغط المعلم وعلاقته ببعض المتغيرات " أبحاث المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري تنشئته ورعأيته ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس .

10) **زأيد بن محمد البتال (٢٠٠٠)** الاحتراق النفسي لدى معلمي و معلمات التربية الخاصة "، أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض .

11) **سيد عثمان وفؤاد ابو حطب (1978)** التفكير،دراسات نفسية ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية

12) **عادل عبد الله محمد (١٩٩٥)** بعض سمات الشخصية والجنس ومدةالخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين،مجلة دراسات نفسية، رابطةالأخصائيين النفسيين المصرية، مجلد ٥، عدد٢ .ص (٣٤٥)

13) **عبد الوهاب محمد كامل (1983)** مقياس التحكم الذاتي، كراسة التعليمات،طنطا، المكتبة القومية الحديثة

14) عدنان الفرح (٢٠٠١) الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر :مجلة دراسات الجامعة الأردنية، العدد ٢المجلد ٢

15) على جامع عسكر، حسن الأنصاري محمد(١٩٨٦) مدى تعرض معلمي المرحلة الثانوية في دولة الكويت لزيادة الاحتراق النفسي " المجلة التربوية كلية التربية، جامعة الكويت، العدد العاشر، المجلد الثالث. ص9

16) فاروق السيد عثمان (٢٠٠١)القلق وإدارة الضغوط النفسية دار الفكر العربي، القاهرة.

17) فرج عبد القادر طه و،محمود السيد أبو النيل ، شاكر عطية قنديل، حسين معجم علم النفس عبد القادر محمد ، مصطفي كامل عبد الفتاح (2000) والتحليل النفسي .دار النهضة العربية، بيروت.

18) فؤاد ابو حطب وامال صادق(1980)علم النفس التربوي،ط2، القاهرة،مكتبة الانجلو المصرية

19) محمد عبدالغنى هلال (١٩٩١) .مهارات إدارة الضغوط : السيطرة والتحكم القاهر ة :مركزتطوير الأداء والتنمية .

20) محمد علي كامل(1996): قائمة التحكم الذاتي لطلاب المدارس، كراسة التعليمات،القاهرة،مكتبة النهضة المصرية.

21) مجاهد محمد مجاهد (2013). فاعلية برنامج تدريبي للتحكم الذاتي وبرنامج تدريبي لدافعية الإنجاز في تخفيف الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة من الجنسين .**رسالة دكتوراه غير منشورة**

22) نصر يوسف مقابلة(١٩٩٦)العلاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين"، مجلة علم النفس، عدد ٣٩ ، السنة العاشرة، الهيئةالمصرية العامة للكتاب .ص ١

21) AdamWinsler (1999) Self- Regulation Training and Private Speech in Impulsive Preschoolers. California Conference,Vol.150.

22) Alexander Rodin(1980)DevelopmentPsychology.New York:DivanNostandCompany.

23)AlexandraBrewis:KarenSchmidt;ClaudiaCassa&AmiraSanchez(2003):CrossCultural Study of the ChildhoodDevelopmentTrajectory of Attention and Impulse Control.International Journalof BehavioralDevelopment,Vol.27,N.2,PP.174-181

24) AmyMace(2000)Assessment of Behavioral Impassivity and Instrucion of Self-Control in Preschool Children at Risk for Attention Deficit|Hyperaactivity Disorder Using Self-Control Paradigm,PHD.Lehigh University

25) AndrewJoseph(1993)Differential Effectiveness of ThreeCounseling Stratigies in Producing Self – Controlled Behavior.PHD,Fordham University Control,Handbook of Applied Behavior Analysis.Social and Instructional Processes,NewYork,Jivington

26) Brigham,T(1978):Self- 27) Coopersmith,S(1967):The Antecedents of Self- Esteem.San

27) Conrey,Joyce L .Satisfaction in workplace domains and burnout of special education teachersVol.65(9A),2005,PP.3333.

28)Diestel,Stefan;Schmidit,Klaus- Helmut: Mediator and moderator effects of demands on self –control in the relationship between work load and indicators of jop strainWork &Stress.Vol.23(1) ,Jan-Mar2009,pp60-79.

29) Francisco:Freeman Garmon West(1983):The Efficacy of Cognitive Self- Instruction and Distinctive Behavior and Improving Reflective Behavior in Second and Third Grade Boys and Girls.PHD

30) Gelber(1987) :Locus of Control and Self- Concept in Male and Female Elementary Students Designated Ipulsive or Reflective.EDD.University of Miance Mitchel

31)Gootman,Marilyn E:The caring teachers guide to discipline:Helping students learn self-control, responsibility,and respect

32)- JeanHorton(1984): The Use of Self –Instruction to Decrease Impulsive Behavior in Severly Disturbed Mentally Retarte Subjects(GeneralaizationMaintenance).PHD.University of Kansas .

Jensen,Stephanie A:Relationship between personality type and jop 33) Engineering.Vol.68(7B),2008,PP.4874. burnout among special

34) Kanfer,F&Karoly,P(1972):Self Control,ABehaviortic Excursion,Behavior Therapy,V.2,PP398-416

35).Kesckmeti,C(1965):Introduction about Self-Control,Classical Philosophies and Scientific Research.New York:Freepress

36).Klausner,S(1965):The Quest for Self-Control,Classical Philosophies and Scientific Research, New York: Freepress

37) Laura Murry (2002):Self- Control Training in Young Children.PHD Western Michigan University.

38) Logue,A(1998):Self Control,Waiting,Until Tomorrow for What You Want Today, New Jersey:Prentice- Hall.

39)Miller,W.&Brown,J(1991)Self Regulations as Aconceptual Basis for Prevention and Treatment of Addective Behaviors,New York:MaxwellMechanism.

40) - Morrow,L(1985): Teaching Self- Control to Dually,Diagnosed Deaf Students ,Promising Procedures,American Annuls of The Deaf,Vol.130,``N .1,PP502-507.

41) .Morgan,C,King,R.&Robinson,N(1979):Introduction to Psychology, Tokyo: McCraw- Hill.

-

42)Neil Leiberma (1981): AMultimethod Cognitive Behavioraln Functional Analysis of Self- Control of Latency- Age Children.PHD.University of Maryland College Park.

43).Pickhardet ,C(2000): Keys to Development Your Child s Self – Esteem.FPG International,Library of Congress

Aself- Control Therapy Program for Depression, Behavior Modification,Vol.5 N.4,PP454-489. An Evaluation of Major 44) Rehm
:

45) -Gaitan,Peggy E(2010): Teacher Burnout factors as predictors of adherence to behavioral intervention Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences.Vol.71,2010,,pp.82
46) Green , Raymond J:Anderson-Clark,Tracy N:The relationship between first names and teacher expectations for achievement motivation.Journal of Language and social p Sychology.Vol.27(1),Mar2008,pp.94-99.2)
47) Schmidit,Klause- Helmut; Neubach, Barbara: Self Control demands-questionnaire for measuring aso far neglected jop stressor.Diagnostica.Vol.56(3), 2010,pp .133-143.
48),Sheng- Hwang:Jop stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses:Journal of Advanced Nursing.Vol.66(7),Jul2010,pp.1592-1601.
49) Schmidit,Klaus-Helmut:The relation of goal incongruence and self –control demands to indicators of jop strain among elderly care nursing staff:International Journal of Nursing Studies.Vol.47(7),Jul 2010,pp.885-863.
50)Pisaric,Christopher T:Motivational orientation and burnout among undergraduated college students. Peer Reviewed Journal;2010-Vol. 43,pp.1238-1252.
51) Van Opstal,Magda J.M.Carola:Asystematic,holistic and integrative process of self –control for voicing with optimal coping effects in teachers.Vol.62(1-2),Jan 2010,pp.61-70.

52)Schmidit,Klause-Helmut Barbara:Self- control demands as aspecific source of stress at workVol.8(4)2009,pp.169-179.
53)Platsidou,Maria(2010):Traitemotional intelligence of Greek special education teachers in relation to burnout and jop satifaction.School Psychology International.Vol.31(1),Feb,2010,pp60-76.

54) Lori Sue Danenberg.: Number of students referred for special education services as afactor in preschool teacher burnout.Vol.68(7A),2008,PP.2801.

55) Platsidou,Maria:Agaliotis,Loannis:Burnout,jop satisfaction and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education teachers.International Journal of Disability,Development and Education.Vol.55(1) ,Mar2008,pp .61-76.
56) Neubach,Barbara,Schmidt,Klaus-Helmut: Main and interaction effects of self-control demands on indicators of jop strain.Vol.52(1),2008,pp.17-24.
57)Schmidt,Klaus-Helmt;Neubach,Babara:Self-control demands:Asource of stress at work. Australian Journal of Guidance& Counselling.Vol.17(2),2007,pp.109-125.
58)Millar,Angela Dawn:The role of the teacher in achievement motivation:Vol.67(5A),2006,PP.1650.
59)Veach,Julie M.The impact of new teacher induction programs on feelings of burnout of special education teachers.Vol.67(4-A)2006,PP.1293.

60)Egyed,CarlaJ;Short,Rick Jay:Teacher
SelfEfficacy,Burnout,Experience and Decision to Refer adisruptive student.School Psychology International.Vol.27(4), Oct2006,pp.462-474.
61)Wei,Dong;Bing,Feng;Xiao,Song.Mental Health of Teachers and the relationship Between Mental Health and Achievement Motivation.Chinese Journal of Clinical Psychology.Vol.14(1),Feb 2006,pp.66-67.
61)Talmor,Rachel,Reiter,Shunit;Feigin,Neomi."Factors relating to regular education teacher burnout in inclusive education"European Journal of Special Needs Education.Vol.20(4),Nov 2005,pp.455.
62)Sari,Hakan:How Do Principals and Teachers in Special School in Turkey Rate Themselves on Levels of Burnout,Jop Satisfaction,and Locus of Control.Alberta Journal Educational Research.Vol.51(2),Sum2005,pp.172-192.
63)Xiting,Huang;Huang:The Role of Burnout in the Relationship Between Achievment and Motivation and Turnover Intention:Psychological Science(china).Vol28(1),Jan2005,pp.28-31.
64)Jennett,HeatherK,Harris,SandraL;Mesibov,GaryB.Journal of Autism and Developmental Disorders.Vol.33(6),Dec2003,pp583-593.
65) Toodle,Cynthia McKinney: study of
Perceived stress and the constructs of burnout among specialeducation middle school teachers.Vol.62(9A),Mar2002,pp.2946.
66)Ewing,Colleen Anissa.:The relationship of depressive symptomatology and academic achievement motivation in the school to the social responses of teachers:Vol.62(8B),Feb2002,pp.3797.

67)Fore,Cecil,Martin,Christopher;Bender,WilliamN:Teacher burnout in special education: The causes and recommended solutions:The High School Journal.Vol.86(1)Oct-Nov2002,pp.36-44.
68)Oehler-Stinnett,Judy;Boykin,Cynthia:Convergent,discrimiant,and predictive validity of the Teacher Rating of Academic Achievement MotivationVol.19(1)Mar2001,pp.4-18
69)Gootman, MarilynE:The Caring teachers guide to discipline:Helping Young students learn self- control, responsibility,and respect.responsibility,and respect(2nded)223pp:Corwin Press:US.
70)Schuck,Lisa,A,Oehler-Stinnett,Judy:Predictive Validity of the Teacher Rating of Academic Achievement Motivation:JournalVol.13(2),Jan 1995,pp143-156.
71)Letourneau,KathrineC:Sex,type,achievement motivation and locus of control in female teachers.Dissertation Abstracts International.Vol54(6-A),1993,PP.2014

الفصل الثاني

اضطرابات النوم

تعريفات النوم

تصنيف اضطرابات النوم

اضطراب فرط النوم

المحكات التشخيصية لفرط النوم

نظريات تفسير اضطرابات النوم

الأساليب العلاجية لاضطرابات النوم

أهمية علاج اضطرابات النوم

المراجع

اضطرابات النوم **Sleep Disorder**

تناول الباحث فى هذا المحور اضطرابات النوم من حيث المفهوم ، التصنيف ، النظريات المفسرة لاضطرابات النوم ، الأساليب العلاجية المستخدمة فى علاج اضطرابات النوم .

تعريفات النوم:

يُعد النوم علي درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة للمراهقين وذلك لأنهم مليئون بالتغيرات الاجتماعية والعاطفية والإدراكية والبدنية، حيث أنه من العوامل المتغيرة والمؤثرة في مسار نومهم، بالإضافة إلى نشاط حياتهم اليومية، فنوعية وكمية النوم للمراهقين تؤثر فى القدرة علي التفكير والسلوك والإنجاز الدراسي خاصة في مجال اللعب، فقد تتنوع المواقف المختلفة، هذا وقد أمدتنا بيانات معامل النوم من خلال العقدين الأخريين بمزيد من المعلومات التي تؤكد على أهمية النوم المتزايدة للمراهقين.

– فيعرف النوم بأنه :حالة فسيولوجية يفتقد فيها الفرد الاستجابة الشعورية للمثير ؛ أي أنها حالة يتوقف فيها التفاعل الحسي والحركي مع البيئة المحيطة ويقل فيها الانتباه إلي المنبهات الخارجية، والنوم يعني فسيولوجياً نوم قشرة لحاء المخ (محمد غانم، 2005: 16).

– بينما يري أن النوم ظاهرة فسيولوجية معقدة لم يتوصل العلماء إلى معرفة كاملة عنه وكان المعتقد السائد أن النوم حالة ركود سلبية، غير أنه أصبح من المعلوم الآن بأنه حالة ديناميكية، وتقوم أجزاء مهمة من الدماغ أثناء النوم بأنشطة ذات تأثير كبير على صحتنا العقلية والبدنية، وأصبح الآن معروفا أيضا بأن النوم يؤثر في جميع أنظمة الجسم (جمال الشمرلي، 2008 :10).

اضطرابات النوم **Sleep Disorder**

هي خبرة شخصية، ولا يوجد إنسان خلقة الله تعالي إلا وقد مر بهذه التجربة المهمة والأساسية في حياة الإنسان، كما أنها من الحاجات الفطرية التي تحتاج إلي إشباع، وهي من الحاجات المؤثرة بشكل كبير علي "النواحي الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والمعرفية والأداء المهني " كما أنها تعد مؤشراً لكثير من الاضطرابات العضوية كأمراض القلب، والاكتئاب كما أن الأرق وفرط النوم وفزع النوم يعد من أكثر الاضطرابات شيوعاً وانتشارا بين الطوائف المختلفة وخصوصاً طلاب الجامعة .

اضطرابات النوم على انها : " الصعوبات التي يلاقيها الفرد اثناء النوم , وقد تكون اختلالات في كمية وكيفية النوم وتسمى اضطرابات إيقاع النوم , او تكون اختلالات في النوم لوقوع احداث بارزه وتسمى اضطرابات مخلات النوم " .(APA, 2013 p 361)

ثانيا: معدل إنتشار إضطرابات النوم :

ويشير محمد حسن غانم (2002 : 67-68) : إلى الدراسات الوبائية توصلت إلى الخطوط الرئيسية الآتية :

إن معدلات إنتشار مشكلات النوم أكثر إنتشاراً مما نتوقع . ففى ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت إحدى الدراسات إلى ان 25% من أفراد عينة الدراسة (وذلك فى عينة مكونة من 113مفحوصاً) يعانون من الأرق.

وفى ولاية لوس أنجلوس إرتفعت النسبة إلى 42% ، وفى شمال النرويج وجد إن 42% من النساء ، 30% من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة وذلك فى عينة مؤلفة من 156 مفحوصاً.

وفى سويسرا وجد إن 50% من الراشدين لديهم شكوى من الأرق ، و7% من الذكور، 12% من الإناث يعانون من أكثر من نوع من مشكلات النوم بصفة دائمة.

وفى السويد وجد إن 14% يعانون من الأرق، و17% من فرط النوم ، و16% من الشخير.

كما وجد إنتشار الأرق لدى عينة من اليابانيات بنسبة 11.2% وذكرت 168% من العينة إنهن يستخدمن بصفة دائمة العقاقير المنومة خلاصاً من الأرق .

وفى بريطانيا فى إستفتاء شمل (25) ألف شخص قررت نسبة تقدر بحوالى 25% إنها مشت خلال النوم مرة أو أكثر فى حياتهم .

كما تنتشر مشاكل النوم الأخرى بنسبة 40% لدى الأطفال فيما بين 1-12 عاماً وبنسبة 2.5% لدى الراشدين .

كما توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى إنتشار العديد من مشكلات النوم مثل : توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسمنة أو إضطراب إيقاع النوم وعلاقتها بتغير نوبات العمل ، والفزع و الكوابيس والشخير وبنسب عالية لدى المسنين والمسنات ، فوق سن (65) عاماً (محمد حسن غانم ، 2002 : 67-68).

ذكر (محمد غانم ، 2006 , ص 120) ان معدل انتشار اضطرابات النوم على مرحلة المراهقة المتأخرة (18 – 21) تشير الدراسات المسحية الى ان اضطرابات النوم تكون اكثر انتشارا بين الاناث عن الذكور , وانها تصبح اكثر انتشارا وتكرارا بتقدم العمر, ويبلغ معدل انتشار اضطراب النوم النهاري واحد لكل 1000 او 2000 من السكان.

وأشارت دراسة جالنيني (Gaultney , 2010 p 92) ان اضطرابات النوم تنتشر بشكل كبير بين طلاب الجامعة حيث كانت نسبة 27 % من الطلاب معرضين لاضطراب نوم واحد على الأقل , وان الطلاب معرضون لخطر نوبات النوم المفاجئة بنسبة 16 % وهي نسبة مرتفعة .

وأشارت دراسة خلف احمد عبد القادر (2005) ان اضطرابات النوم ترتفع معدلات انتشارها بين طلاب الجامعة حيث كان معدل انتشار اضطراب الارق حوالي 46 % , والنوم المفرط 15% غفوات النوم المفاجئة 16 % , اضطراب مواعيد النوم واليقظة 43%, زملة الاختناق اثناء النوم 13 % , الكابوس الليلي 20 % , فزع النوم 17 % , المشي اثناء النوم 2% .

وأشار (حسن عبد المعطي ، 2003 , ص 120) الى ان اضطرابات النوم تكون اكثر انتشارا بين الاناث عنها بين الذكور وانها تصبح اكثر انتشارا وتكرارا بتقدم العمر .

ويوضح براون وآخرون (Brown , et al , 2001 pp 132) ان المسح الصحي والسلوكي الأوروبي يشير الى انتشار اضطرابات النوم بين طلاب الجامعة بشكل كبير , حيث ان حوالي 16,483 طالب في 21 دولة , بينهم 18,4 % ذكور , 16,1 % اناث متوسط ساعات نومهم في الليل 7 – 8 ساعات.

تصنيف اضطرابات النوم:

لقد بدأ الاهتمام المنظم باضطرابات النوم من الناحية السيكولوجية مع تكوين رابطة الدراسات النفسية للنوم عام (1972) ويتبعها إقامة رابطة مراكز اضطرابات النوم عام (1975) بالولايات المتحدة، ثم بدأت رابطة مراكز اضطرابات النوم بإصدار الدليل التصنيفي التشخيصي لاضطرابات النوم واليقظة عام (1979) الذي تتضمن عدة أنماط لاضطرابات النوم هي" الأرق، وتوقف التنفس أثناء النوم،واضطرابات إيقاع النوم واليقظة، والاضطرابات المصاحبة للنوم " التي تحدث خلاله مثل : المشي والكلام والفزع والكابوس واحتكاك الأسنان وأرجحة الرأس والتبول اللاإرادي".

*** وتنقسم اضطرابات النوم إلـي :**

أ- <u>اضطرابات النوم غير العضوية وتشمل</u> :

(الأرق- فرط النوم غير العضوي- فزع النوم- اضطرابات برامج النوم واليقظة- السير أثناء النوم "الجوال الليلي"- اضطرابات أخرى- اضطرابات غير محددة) .

ب - <u>الاضطرابات الثانوية</u> : " الكوابيس - فزع النوم - المشي أثناء النوم (جمعه يوسف،2000 : 144).

* كما يمكن تقسيم اضطرابات النوم إلي ثلاثة أقسام رئيسية:

الأول : اضطرابات النوم الأولية :

وتنقسم بدورها إلي :

أ- الأرق الأولى، وتسمي الديسومينيا Dyssomnias

ب- اضطرابات فرط النوم الأولى Hypesommia

ج- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy

د- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس Breathing-Related Sleep Disorder

هـ- اضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر .

الثاني: اضطرابات النوم الثانوية"اضطرابات مخلات النوم " وتشتمل بدورها علي :

أ- الكوابيس الليلية Nightmare Disorder

ب- اضطراب الفزع أثناء النومSleep Terror Disorder

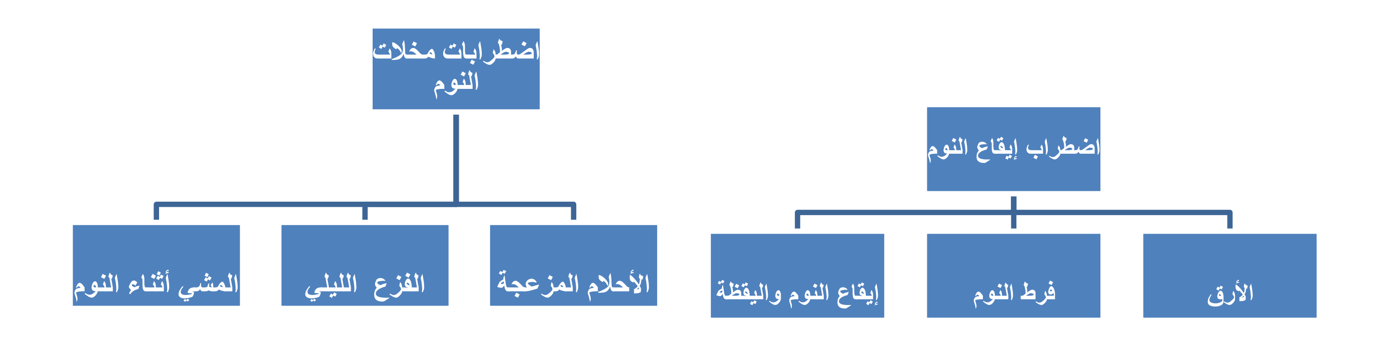
ج- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep Walking Disorder

د- اضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة في مكان آخر .

هـ- اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي آخر سواء كانت في صورة"أرق أو فرط نوم".

القسم الثالث : يضم اضطرابات النوم الأخرى وهي ترجع إلى حالة عضوية طبية عامة، سواء كانت في صورة "أرق أو فرط نوم أو اضطراب ثانوي أو نوع مختلط، أو تلك المرتبطة بتعاطي لعقاقير معينة" (محمد غانم، 2011 :244)

* ويمكن تصنيف اضطرابات النوم كما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية كما يلى في الشكل .



شكل (5) **يوضح تصنيف اضطرابات النوم طبقاً لدليل** DSM (DSM- III-R. 2004)

<u>يقع تصنيف إضطرابات النوم فى فئة مستقلة تحمل هذا العنوان وتنقسم إلى ثلاثة أقسام كالتالى</u>

<u>القسم الأول</u> الإضطرابات الأولية فى النوم Primary Sleep disorders وهذا القسم بدوره ينقسم إلى قسمين فرعيين هما :

أ- إضطرابات النوم الأساسية او الأولية (عسر النوم) Dyssomnias ويشمل :

- الأرق الأولى Primary insonina
- إضطرابات فرط النوم الأولى Primary Hypersomnia
- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy
- إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس Breathing Related Sleep disorders
- إضطرابات النوم غير المصنفة فى مكان آخر

ب- إضطرابات الكوابيس الليلية Nighfmare disorder

- إضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror disorder
- إضطراب المشى أثناء النوم Sleepwalking Disorder

ج- إضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة فى مكان آخر وتشمل ما يلى :

- شلل النوم Sleep Paralysis
- قفزات النوم Sleep Starting
- هلاوس النوم Hypnagogic Hallucinations
- صرع النوم Sleep Epilepsy
- الجز على الأسنان Sleep Rekated Bruxism
- إهتزاز الأرجل أثناء النوم Sleep Restless Legs
- أرجحة الرأس أثناء النوم Sleep Head Banging

أما القسم الثانى : فيضم إضطرابات النوم المرتبطة بإضطراب نفسى أو عقلى آخر وتشمل:

الأرق المرتبط بالإضطرابات الإكلينيكية وإضطرابات الشخصية .

القسم الثالث : إضطرابات النوم الأخرى وتشمل :

- إضطراب النوم الذى يرجع إلى حالة طبية .
- إضطراب النوم المرتبط بإستخدام المواد المخدرة أو العقاقير (مجدى الدسوقى ،26:2006-27 ، جمعة يوسف ، 143:2000).

* بينما يصنف الدليل العالمي العاشر (ICD-10) اضطرابات النوم كالتالي:

وهي تندرج تحت فئة عامة واحدة هي اضطرابات النوم غير العضوية ويشمل :

- الأرق غير العضوي Non organic Insomnia
- فرط النوم غير العضوي. Non organic Hypersonic
- اضطرابات النوم واليقظة غير العضوية Disorder Of The Schedule
- اضطرابات برنامج النوم واليقظة.
- السير أثناء النوم(التجوال الليلي). Sleep Walking Disorder
- الكوابيس (قلق الحلم) "Nightmares "Dream anxiety
- – اضطرابات غير محددة (جمعه يوسف، 2000: 144).

*** وصنفها أحمد عكاشة طبقاً للتصنيف الدولي لاضطرابات النوم :**

هناك تصنيفاً دولياً لاضطرابات النوم وكذلك قدمت جمعية أمريكا اللاتينية لاضطرابات النوم تصنيفاً من أربع مجموعات رئيسية تشمل 84 نوعاً من اضطرابات النوم علي النحو التالي :

المجموعة الأولي: "عسر النوم " Dysomnias وتشتمل:

أ- اضطرابات النوم " داخلية المنشأ" كالأرق الأولي غير معروف السبب مثل :

- النوم اللانتيابي Narcolepsy

- متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم (النوم المركزي والاختناق). Sleep Apnea Syndrome (obstructive &Control

- متلازمة الأرجل غير المستقرة Restless Loge Syndrome

- بالإضافة إلي اضطرابات أخرى .

ب- اضطرابات النوم خارجية المنشأ. Extrinsic Sleep Disorder :

- وهي تنشأ من أسباب خارج الجسم (عوامل خارجية) وعادة ما تزول بزوال المسببات :

- عدم اتباع النوم الصحيح .Inadequate Sleep hygiene

ج- اضطرابات النوم بيئية المنشأ. Environmental Sleep Disorders :

- أرق المرتفعات (مثل تسلق الجبال). Altitude Insomnia

د- اضطرابات النوم الناتج من استخدام الكحوليات أو المنومات أو المنشطات أو العقاقير ومنها:

- متلازمة الأكل والشرب أثناء النوم Nocturnal eating (drinking) syndrome

- الأرق الناتج عن حساسية الطعام Food Allergy Insomnia

هـ- اضطراب النوم الناتج من استخدام الكحول أو مثبطات متلازمة؛ الأكل والشرب أثناء النوم والأرق الناتج عن حساسية الطعام.

المجموعة الثانية: النوم المضطرب"الأحداث النوبية أثناء النوم " وتشمل:

- الاضطرابات المتعلقة بالانتقال من مرحلة النوم إلي اليقظة والعكس والناتجة عن : (التشويش – التجوال الليلي – الفزع الليلي).

- الاضطرابات المتعلقة بمرحلة النوم النقيضي المصحوب بحركة سريعة للعينين.

- الكوابيس والاضطراب السلوكي المتعلق بمرحلة النوم وحركة العين السريعة.

- اضطرابات أخري أثناء النوم مثل:" التكلم أثناء النوم- تقلصات الأرجل أثناء النوم – الجز على الأسنان أثناء النوم – التبول اللاإرادي".

المجموعة الثالثة: اضطرابات النوم المصاحبة لاضطرابات نفسية أو طبية أخري .

مثل "الذهان- الاضطراب الوجداني – القلق – الهلع".

- الاضطرابات المصاحبة للاضطرابات العصبية :" العته – الشلل الدماغي – الشلل الرعاش- الصرع ".

- الاضطرابات المصاحبة للاضطرابات الطبية:" قصور الشرايينا- ونوبات الربو المرتبطة بالنوم"

المجموعة الرابعة: " اضطرابات النوم المفتوح"

1- النوم الطويل،القصير 2 - تقلص العضلات المرتبطة بالنوم

3- اضطرابات النوم المرتبطة بالدورة الشهرية (أحمد عكاشة، 2000: 259).

* وهناك تصنيفات أخري منها : تصنيف (عماد مخيمر، 2006: 30) وهي كالتالي:

1- مقاومة الذهاب إلي النوم. 2- قلة النوم.

3- الأرق. 4- الكابوس "الفزع الليلي" 5- فرط النوم.

6- اضطرابات المشي أثناء النوم .

* بينما تصنف (فوقية رضوان، 2003 :25) اضطرابات النوم طبقاً لمراحل النوم والذي ارتبط بموجات المخ المقترنة بكل مرحلة على النحو التالي :

الأولي : مرحلة بداية النوم (النعاس) وهي حالة من اليقظة قبل عملية الدخول إلى النوم (يكون نشاط موجات ألفا بين 7- 12 /هرتز/ثانية .

الثانية : مرحلة النوم الخفيف (نشاط موجات ألفا غير منتظم).

الثالثة : مرحلة النوم المتوسط (موجات بيتا 12- 17 هرتز /ثانية) .

الرابعة : مرحلة النوم العميق (مرحلة دلتا 103 هرتز/ ثانية / مع درجة حرارة وضربات القلب، ويصعب إيقاظ النائم).

الخامسة : مرحلة النوم العميق (موجات بيتا بطيئة 1 هرتز/ ثانية) غالباً يحدث المشي أثناء النوم والأحلام والتبول اللاإرادي .

وفيما يلي تفصيل فئات اضطرابات النوم المستخدمة في الدراسة وفقاً لما جاء بـ **DSM-5, (2013)** .

اضطرابات النوم الأولية ومنها :

1- الأرق Insomnia

أ- مفهوم الأرق:

- يعرفه الدليل الإحصائي الخامس لتشخيص الأمراض النفسية بأنه : شكوى واضحة في صعوبة بدء النوم، أو المحافظة عليه واستمراره، والشعور بعدم الراحة بعد النوم الذي يبدوغير كاف من حيث الكمية".

ب- ويعرفه قاموس الصحة العالمية بأنه:

" اضطراب الدخول في مواصلة النوم، والذي لا يرتبط باضطرابات جسمية، ويعزي عادة إلى:" القلق والتوتر والذهانات الوجدانية وعوامل بيئية"(جمعه يوسف، 2000: 146).

ويشار إلى الأرق علي أنه:

"شكوى موضوعية من صعوبة الدخول في النوم، أو البقاء في النوم، أو نوعية النوم المتقطعة" (Hrayr P. m،2006:73).

ج- عرفه(محمد سعفان) بأنه :

استعصاء النوم، أو تقطيعه، أو انخفاض جودته، ويمكن تعريفه أيضاً بأنه عدم الحصول على نوم مريح خلال الليل، والأرق في حد ذاته ليس مرضاً، ولكنه عرض لمشكلة نفسية أو طبية يتم تصنيف الأرق إلي :

- الأرق الأولى (Primary insomnia): حين لا توجد أعراض مصاحبة.
- الأرق الثانوي (Secondary Insomnia): فيكون جزءً من حالة مرضية عضوية أو نفسية (محمد سعفان 2013 , 59).

كما عرفه (مجدى دسوقى 2006 ، ص 23) على أنه " أكثر اضطرابات النوم انتشارا، يتسم بالشكوى من صعوبة البدء في النوم أو المحافظة عليه، والاستمرار فيه، أو عدم كفاية ساعات النوم، أو الشعور بعدم الراحة عند الاستيقاظ من النوم وينتج عن ذلك إجهاد وتعب خلال ساعة النهار

2- المحكـات التشخيصـية لاضـطراب الأرق الأولـي طبقـا للـدليل التشخيصـي والإحصائي الخامس DSM-5:

يشخص الاضطراب الأولى للأرق إذا توافرت المحكات الآتية :

- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول في النوم، أوالاستمرار فيه، أو النوم غير المريح لمدة شهر علي الأقل.
- يسبب الأرق كرباً، وضغطا إكلينيكيا جوهريا، أو يؤدي إلي خلل في أداء الفرد (وكفاءته) الاجتماعية والمهنية أو مجالات أخري من التفاعل .
- لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة واضطراب النوم المرتبط بالتنفس واضطراب جدول النوم واليقظة، أو اضطرابات النوم الثانوية.
- لا تحدث صعوبة النوم بشدة أثناء مسار اضطراب نفسي آخر (خاصة اضطراب الاكتئاب، أو القلق العام، أو اضطراب الهذيان كمؤشر للإصابة بأحد الاضطرابات الذهانية).
- لا يرجع هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة :(تعاطي مواد مخدرة، أو أدوية نفسية) أو أي حالة طبية أخري (DSM-5. 2013:. 35).

3- أنواع الأرق:

أ- الأرق الأولي: الصعوبة في الدخول للنوم.

ب- الأرق المتوسط : الاستيقاظ في منتصف الليل متبوعاً بالخلود إلى النوم مرة أخرى لكن بصعوبة .

ج- الأرق المتناهي: الاستيقاظ قبل الوقت المعتاد للفرد مع عدم القدرة علي الرجوع إلي النوم.

د- الأرق المزمن في مرحلة المراهقة: تشير الأبحاث إلى أن الأرق المزمن يؤثر إلي مابين (10%: 15 %) من المراهقين، وقد أكد روبرت أن الأرق يسود بنسبة 4% علي الفترة العمرية "من15: 18 سنة، "وأشار" ربورت "إلى أن18 % من المراهقين من عمر (11 %إلي 17 %) يعانون من الأرق المزمن (Harry P. A.m .2006 :73) .

وهناك أنواع أخرى من الأرق :

1- أرق بداية النوم : وهذا الشكل هو أكثر أشكال الأرق شيوعاً ، يطلق عليه أيضاً صعوبة الدخول فى النوم ، التأخر فى النوم . وهنا يعانى الشخص من البقاء فى الفراش لمدة طويلة تصل إلى عدة ساعات إنتظاراً للدخول فى النوم ،

وخلال الفترة يتقلب فى الفراش ويتحرك فى قلق مع مرور الوقت . وكلما استمر الشخص فى محاولات للدخول فى النوم يتزايد شعوره بالقلق والإحباط مما يزيد من صعوبة الإستسلام للنوم (مجدى الدسوقى 35,2006).

2- **أرق مواصلة النوم :** يقصه به الحصول على فترة كافية من النوم ، تكرار الإستيقاظ ليلاً او النوم المتقطع.

3- **أرق نهاية النوم :** نقص الإستمتاع بالنوم ، الشعور بالتعب بعد النوم ، القابلية للدخول فى النوم أثناء النهاء ومعاناة الضعف فى الأنشطة اليومية التالية للنوم غير المرضى وقد يذكر المصاب بالأرق واحداً او أكثر من هذه الشكاوى (ليندساى ، جاهنشاهى ، 2002 : 691).

- **وتنحصر مظاهر الأرق فيما يلي :**

- صعوبة الاستمرار في النوم (الاستيقاظ المتكرر):

حيث أن الشخص يستيقظ من النوم كثيراً، ويلاحظ أن مريض السكر يكون من الطبيعي الاستيقاظ كثيرا من أجل تفريغ المياه الزائدة، في هذه الحالة لا يصنف مريض السكر على أنه مريض أرق النوم المتكرر.

الاستيقاظ المبكر أثناء النهار (الأرق النهائي) "Late Insomnia":

في هذا النوع يشكوا الشخص من الاستيقاظ في ساعات مبكرة من النهار، ويصعب عودته إلى النوم مرة أخري، وهذا المرض له دلالة إكلينيكية ؛ إذ يرتبط عادة بالاكتئاب النفسي. (محمد سعفان، 2013 :65)

- **هناك بعض المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الأرق ويوضحها** (ليند –جاهنشتاي . 2000، 694) :

تم تحديد مجموعة من المتغيرات يمكن أن تؤثر في الأرق كما يلي :

– تعاطي الكافيين (مثل القهوة والشاي).

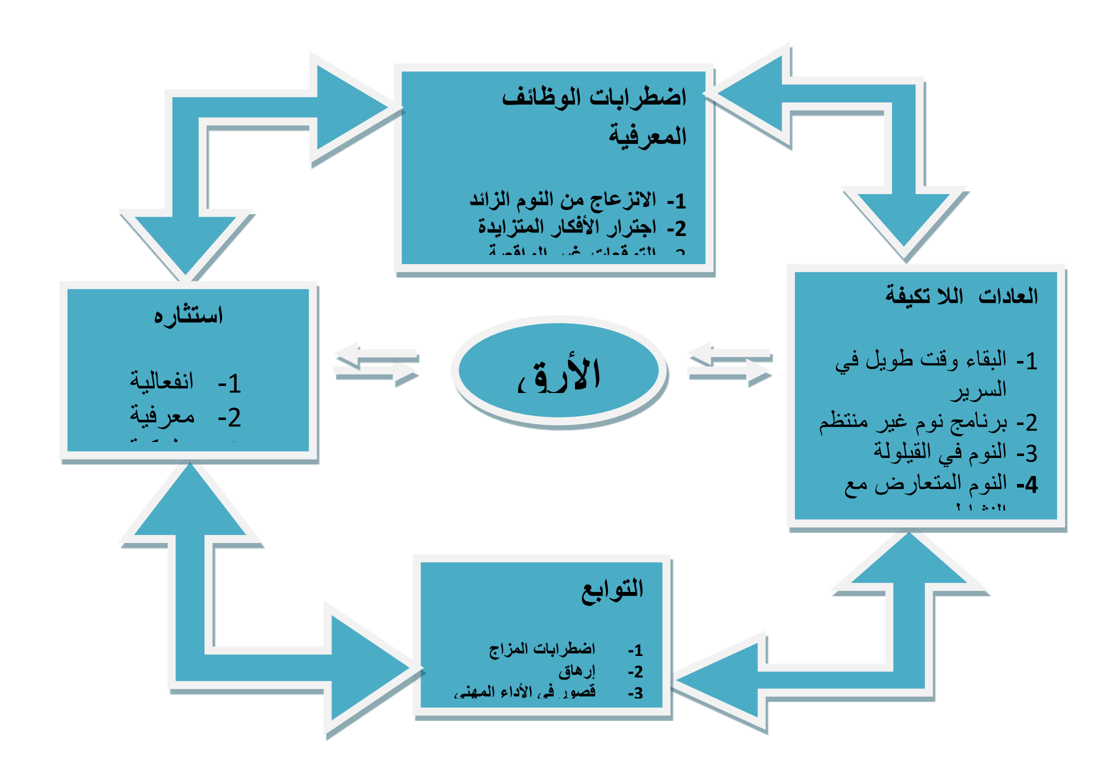
– استخدام المنومات، التحمل الناتج عن استمرار الاستخدام (أسبوعين أو أكثر).

– القيام بأنشطة غير الملائم وقت النوم مثل:(القراءة في السرير).

– التفكير في المشكلات الكبيرة قبل الدخول إلى النوم بوقت قصير.

– اضطراب النشاط ودورة الراحة.

- التنبيهات الحسية الشديدة (الحرارة أو الرطوبة المرتفعة).
- المشكلات الصحية الجسمية المزمنة.
- الحاجات المتكررة للتبول أثناء النوم .
- الآثار الجانبية للأدوية المزمنة.
- بعض المشكلات (الإكتئاب الهوسى) على وجه الخصوص.
- مشكلات التنفس (الاختناق الليلي) الضغوط النهارية.
- الذعر الليلي.



شكل (6) **رسم توضيحي يوضح العوامل المسببة للأرق وتأثيره علي شدته** (Spelman.G.1991:24)

4- معايير تشخيص الأرق وفق التصنيف الدولي للأمراض (10- ICD) تكون المعايير كما ذكرها (محمد سعفان، 2013، ص 654) **كما يلي:**

- الشكوى المستمرة من زيادة النوم أثناء النهار، أو الاستغراق مدة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة عند الاستيقاظ (سكرة النوم).

- تحدث اضطرابات النوم يومياً لمدة تزيد عن شهر، أو لفترات متكررة أو أقصر طولاً.

- يترتب على زيادة النوم تعطل الأنشطة اليومية والمهنية ؛لأن النوم يتم في أوقات غير ملائمة.

- يشترط ألا تكون زيادة النوم بمثابة رد فعل للأرق، أو رد فعل لعدم النوم بالليل، أو انقطاع النفس أثناء النوم، ويشترط أيضا ألا تكون زيادة النوم رد فعل لاستخدام الأدوية، وتكون زيادة النوم أحد أعراضها، ويشترط أيضا ألا تكون زيادة النوم رد فعل لحالة عصبية أو طبية.

بالإضافة إلى:

- قد يأخذ النعاس ساعة كاملة بالنهار.

- يصاحب النعاس نوبات من الأحلام والهلاوس.

- يصاحب النعاس شلل النوم، وتصبح حركة العين سريعة في نوبات متكررة، وتكون مليئة بالأحلام ويفهمها الشخص؛ إنها هلاوس الدخول في النوم.

5- النظريـات المفسرة للتخلص من الأرق :

أ- نظرية العلاج السلوكي:

لقد تطورت بشكل كبير النظريات السلوكية المتنوعة فجميعها قدُ صممَت لإعادة إنشاء وظائف أنظمة النوم البيولوجية للإنسان بالإضافة إلى تقسيم العوامل المشروطة بالنوم والعوامل السلوكية التي تساهم في التقليل من الأرق الليلي .

* وتتضمن هذه النظرية بعض الأساليب التي تستخدم في علاج "الأرق" مثل:

1- العادات الصحية للنوم :

تعرف العادات الصحية للنوم بأنها :"مجموعة من التوصيات الهادفة وأسلوب الحياة اليومية والمشكلات البيئية التي يمكن أن تسبب اضطراب النوم".

وتعني:" نظرية العادات الصحية للنوم": تعليم السلوكيات الصحية للنوم والطرق الطبيعية السلوكية للنوم، علي سبيل المثال : مرضي الأرق : (يمكن تشجيعهم لكي يمارسوا أنماط النوم الصحية والتقليل من مواد تحتوى علي النيكوتين ، وتناول الوجبات الخفيفة " اللبن ومنتجاته، وزبدة الفول السوداني " حيث تكون هذه الأطعمة غنية بالأحماض الأمينية المحفزة للنوم، والتي تؤكد أن بيئة النوم يجب أن تكون هادئة مريحة، وهكذا فالعلاج باستخدام عادات النوم الصحية نادراً ما يستخدم كعلاج أولي، ولكن غالبا ما يستخدم مع العلاج السلوكي (Crowley, SJ, aceboc, et al.2007;602).

2- العلاج بالاسترخاء :

هذه الطريقة من العلاج تعد من أوائل الاستراتجيات السلوكية التي استخدمت لعلاج الأرق، وقد ظهرت هذه الطرق في أواخر الخمسينات والأدلة الحديثة تقترح تقديم أنماط علاجية باستخدام نظريات العلاج السلوكي بالنسبة للمرضي المصابين بالأرق، فهذه النظريات تعزز من الأداء المتعلق بأنماط النوم، وتفسر بعض النظريات الأخرى التي تستخدم العلاج بالاسترخاء للتقليل من فرص القلق الليلي، فيعتبر العلاج بالاسترخاء أحد أهم العلاجات المستخدمة في التحكم السلوكي للأرق لأنه يجعل الفرد في" سكينة وهدوء "، وهناك العديد من الأنواع متعددة الاسترخاء المستخدمة في علاج الأرق، أحد هذه التقنيات تلك التي يتم دراستها والمعروفة" باسترخاء العضلات الإيجابي، "والاسترخاء الذهني التخيلي "

3- العلاج باليوجا :

اليوجا أحد الأنظمة المستخدمة وهي نظام من "تقنيات التنفس وحركات الجسد وإيماءات الوجه" تستخدم للمساعدة في تحسين التنفس والمرونة بالإضافة إلي الاسترخاء الروحانى، ولقد تمت التوصية باليوجا كنظام، لتحفيز الاسترخاء وهو مناسب للأشخاص اللذين مروا بخبرة الأرق وخاصة الأرق المرتبط بالضغط العصبي، وعموما هناك القليل من الأبحاث في هذا المجال، ويقترح البحث أن اليوجا يمكن أن تحسن من قياسات النوم الموضوعية (Jack. E 2013: 73).

4- العلاج بالاسترخاء الذهنى:

حيث تتضمن هذه الطريقة التركيز على موضوع معين، وأحد أهداف هذا النوع من العلاج هو التركيز علي الشعور بالوعي وهذا للتخفيف من حدة استثارة الجهاز العصبى.

5- العلاج بالموسيقي:

فقد تناولت القليل من الدراسات تأثير الموسيقي علي النوم، ولقد أوضحت الدراسات الحديثة أن الموسيقي تبدو فعاله جداً في علاج الأرق، والأبعد من ذلك أن هناك دراسات تبحث عن دور الموسيقي في الاسترخاء منفصلاً عن التمرينات التدريبية لتقنيات الاسترخاء.

6- العلاج بالتأمل والتفكير الذاتي :

يعتبر أحد التقنيات المستخدمة في البلاد الغربية بالإضافة إلي اليوجا والذي يتضمن التركيز علي موضوع معين (التأمل المركز)، وأحد أهداف التأمل هو إيجاد حالة من السكون للوعى، وذلك لتخفيف حدة الإثارة للجهاز العصبي، ويعتبر التأمل علاجاً فعالاً لكثير من الأشخاص اللذين يعانون من الأرق ومن المثير أن مجموعات الاسترخاء ومجموعات التأمل لا تختلف عن بعضها البعض في متغيرها، وهكذا فان هذا العلاج يمكن أن يستخدم بالتوازي مع تقنيات الاسترخاء وهناك دراسة تناولت التأمل وأثره علي نوم 10 أشخاص من اللذين يعانون من الأرق " وتوصلت إلى أن "هناك انخفاض ملحوظ في نسبة الأرق الليلي، وقد استمرت نسبة انخفاض القلق الليلي بعد استخدام تقنيات التأمل لسنة كاملة " (liu SY., 2000: 52).

7- الصخب الأبيض (الضوضاء المتناغمة):

ليس هناك تعريفٌ جامعاً لما يعرف بالصخب الأبيض أو الضوضاء الهادئة والذي يستخدم لنوم أفضل، ولكن يمكن أن توصف علي أنها أصوات هادئة متواصلة مكثفة متكررة، وهناك مثال جيد على تلك الضوضاء الهادئة مثل " الهواء المعتدل المنبعث من هواء المروحة، أو وحدة جهاز التكييف، أو صوت البحر علي الشاطئ"والأبحاث قليلة جدا في هذا الموضوع حيث أكدت علي أن 80% من الذين تعرضوا لتلك الضوضاء قد وقعوا في النوم في خلال 5 دقائق، وتؤكد علي إمكانية استخدام الضوضاء الناعمة لتسهيل عملية النوم (spencer JA, Morran DJ. et al.2004: 428).

8- العلاج بالتمرينات الرياضية :

من الشائع أن التمرينات الرياضية تحسن من جودة النوم، وهذا الاعتقاد يؤيده البحث الشامل القائم على دراسة مسحية، فعلى سبيل المثال تشير الدراسة أن هناك توافق إيجابي بين التمرينات والنوم، حيث أن هناك علاقة توافقية بين التمرينات والنوم، هذا النوع يتضمن النوم الأفضل ويرتبط بالحاجة إلي التمرين وأشارت النتائج إلى :

- النوم الجيد والقدرة على التمرين مرتبطة بالصحة العامة الأفضل والتوتر النفسي الأقل.
- الأشخاص اللذين يمارسون التمرينات الرياضية هم أيضا أشخاص لهم مظهر صحي مثل: " تجنب تناول الكحول والكافيين " .

- التمرينات الرياضية خارج المنزل في الهواء الطلق مرتبطة إلى حد بعيد بالهدوء النفسي الذي يؤثر تأثيراً إيجابياً علي النوم .

- وتؤكد الأبحاث التجريبية على العلاقة الوثيقة بين التمرينات الرياضية وارتباطها بالنوم حيث تشير الدراسة إلى أن التمرين الرياضي بالنسبة لأفراد المجموعات الضابطة قد أسهم في نوم هادئ في فترات المساء بعد نهار من التمرينات، ويستخلص الباحثون أن التمرينات الرياضية لها تأثير أكثر إيجابية على النوم إذا حدثت من 4- 8 ساعات قبل وقت النوم) (Gisele. M. 2001: 21) .

ب- النظرية المعرفية:

الأرق شائع بين الكثير من البشر وتتسم اضطراباته بصعوبة البدء في النوم أو الاستمرار فيه .

1- العلاج المعرفي:

1- القلق وعادات النوم المضطربة للأرق

2- العوامل السلوكية والمعرفية والنفسية، والتي ترى أن من بين مسببات القلق المعتقدات الوظيفية المعرفية الخاطئة التي يكونها الشخص عن النوم، وجميعها تؤكد علي الأفكار الخاطئة التي تساعد على تداخل الأنماط السيئة أثناء النوم، على سبيل المثال : المعتقدات التي ترى أن النوم لا يمكن التنبؤ به ولا يمكن التحكم فيه بشكل كامل، وترى أن المرء يجب أن يحصل الفرد علي 8 ساعات أثناء الليل لكي يقوم بعمله بشكل كامل أثناء النهار، ويمكن أن تؤدي إلي القلق من النوم وهذا بدورة يؤدى إلى التداخل في عملية النوم، علاوة علي ذلك فان الأفكار غيرالمنطقية بشأن كيفية استجابة المرء للنوم القليل أثناء النهار، فغفوات النوم المفاجئ تسبب انزعاجاً تاماً للنوم أثناء الليل، والإدراك المتزايد لهذه الأنماط من النوم المتعلقة بسوء تداخل المفاهيم الاستراتجية العلاجية التي تهدف إلى تصحيح المعتقدات الخاطئة عن النوم، وهذه الإستراتجية العلاجية تستخدم بشكل كبير في علاج الأرق (liu SY., 2000: 52).

2- اضطراب فزع النوم (الفزع الليلي):

أ- مفهوم فزع النوم : تتمثل في نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبه أصوات عالية، وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي، وينهض الفرد من نومه جالسا أو واقفا، وذلك أثناء الثلث الأول من النوم الليلي، أثناء فترة النوم غير المصحوبة بحركة العين السريعة وتستمر النوبة فترة تتراوح بين دقيقتين وعشر دقائق، ويصرخ صرخة رعب، وقد يسرع إلى الباب في محاوله للهرب، كما إن استجابته لتهدئة الآخرين تكون ضعيفة، ويكون مرافقا لهذه الحالة درجة من درجات تغيب الوعي والمعتاد أن يتم نسيان النوبة بالكامل في الصباح (جمعة يوسف، 2000 :160).

- انتشار اضطراب الفزع الليلي ومساره : لا توجد سوي بيانات محدودة عن اضطراب الفزع أثناء النوم، ويقدر مدى انتشار نوبات الفزع الليلي من 1: 6% بين الأطفال و1% علي الأقل بين الراشدين، ولا توجد بيانات عن الفروق الثقافية في الفزع الليلي بالرغم من أن دلالة وأسباب الاضطراب قد تختلف بين الثقافات، فالأطفال الأكبر سناً والراشدين يقدمون تفصيلات مجمعة أكثر للحلم أو الصورة المزعجة المرتبطة باضطراب فزع النوم عند الأطفال الأصغر سناً .

ويبدأ الفزع أثناء النوم عادة لدى الأطفال ما بين عمر " الرابعة والثانية عشر "ويختفي تلقائيا في المراهقة، أما بالنسبة للراشدين فالمعتاد أن يبدأ بين عمر (20–30) ويعقبه انتشاراً مزمناً عادةً مع تكرار واشتداد النوبات بمرورهم الوقت ويختلف تكرار النوبات بين الأفراد ولدى الفرد الواحد وتحدث النوبات على فترات متباعدة عبر أيام وأسابيع ولكنها تحدث في ليالي متعاقبة، وتشير بعض الدراسات إلي انتشار متزايد للاضطراب لدى أقارب الدرجة الأولي، ولكن النسب غيرمعروفة بدقة كما يوجد تاريخ أسري للاضطراب ذاته (جمعه يوسف، 2000: 161).

يرى الباحث

أنه نوبة من الاستيقاظ المفاجئ، ويكون مصحوباً بخوف شديد أو رعب ورهبة وفزع، وتطويح اليدين، ورفس بالرجلين، وزيادة في معدل ضربات القلب والأنفاس والعرق الغزير، وربما تصاحب بصرخات، ثم يعاود الفرد للنوم وهو لا يتذكر شيئاً وقد يحدث له ذلك نتيجة الضغوط التى يمر بها الفرد وتؤثر على حالته النفسية.

ب- المحكات التشخيصية لاضطراب الفزع أثناء النوم :

- العرض الأساسي هو نوبات متكررة من الاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة خوف حاد وتتميز بقلق شديد وحركه جسدية وفرط في النشاط العصبي اللاإرادي مثل "الخفقان وضربات القلب، وسرعة التنفس، واتساع الحدقتين، والعرق .
- هذه النوبات المتكررة من الاستيقاظ المفاجئ دون اتصال كاف بالعالم المحيط تستمر في المعتاد لفترة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق، وتحدث أثناء الثلث الأخير بالليل.
- عدم استجابة الفرد النسبية لجهود الآخرين في محاولة السيطرة علي الفزع الليلي يليها دائما فترة تستمر لعدة دقائق من التوجه أو الاهتداء والحركات النمطية .
- يكون استرجاع النوبة محدودا .
- غياب أي دليل على وجود اضطراب بدني ولا يرجع لتأثيرات فسيولوجية مباشره لتعاطي أدوية نفسيه أو حاله طبية عامة .
- تسبب النوبات كربا إكلينيكيا جوهريا أو خللاً في الأداء المهني أو الاجتماعي (DSM-5:2013.392).

ج- المظاهر والاضطرابات المصاحبة لاضطراب الفزع أثناء النوم :

قد تؤدي الحركات أو أشكال السلوك التي تعقب اليقظة إلي الأذى للفرد، ويمكن أن تحدث نوبات تحمل مظاهر الفزع والمشي أثناء النوم، ويؤدي تعاطي المواد المهدئة أو المسكنة والخمور والحرمان من النوم، واضطراب مواعيد النوم واليقظة والإرهاق والضغوط الجسمية والانفعالية إلى زيادة النوبات، ولا يوجد بين الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أسباب مرضية نفسية، أو اضطراب نفسي آخر يميزهم عن الجمهور العام، فالأسباب المرضية النفسية أكثر احتمالا لدى الراشدين. ويكثر وقوع هذا الاضطراب مع اضطرابات أخري كاضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب القلق العام، كما يحدث لدي من يعانون من اضطراب في الشخصية الاعتمادية والشخصية الفصامية والحدية كما يحصل أصحاب هذا الاضطراب على درجات ملحوظة في كلٍ من القلق والاكتئاب على المقاييس الخاصة بذلك (جمعه يوسف، 2000: 6).

3- فرط النوم Primary Hypersomnia

أ- تعريف فرط النوم :

يعرف على انه حالة النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم (لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم) او إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ فى غياب كامل عضوى يفسر حدوث فرط النوم ، وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة بإضطرابات عقلية وكثيراً ما تكون فى الواقع عرضاً لإضطراب وجدانى ثنائى القطب (أثناء نوبة الإكتئاب) او إضطراب إكتئابى متكرر او نوبة إكتئابية . ولكن فى بعض الأحوال لا تستوفى المعايير لتشخيص إضطراب عقلى آخر وذلك بالرغم من وضوح درجة الإضطرابات التنفس (جمعة يوسف ، 2000: 148-149).

فهو يعنى زيادة عدد ساعات النوم عن معدلها الطبيعى بالنسبة لعمر الفرد ، او تعرضة طوال اليوم لهجمات النوم الذى لا يمكن مقاومته ، او الرغبة التى لا تقاوم للنوم وفى هذه الحالة يصعب على الفرد ان يستيقظ بشكل تلقائى . ويستغرق فى النوم لساعات طويلة قد تستمر من 16-18 ساعة مما يسبب أضراراً بالنمو على المستويين النفسى والبدنى . ويتكرر ذلك يومياً ولمدة شهر على الأقل . كما تحدث تلك الحالة بوجه عام لدى الأفراد فيما بين 15- 30 عاماً ، وهى تشبة الخدار الى حد كبير (إيهاب الببلاوى 2010، 137-138).

وللتميز بين فرط النوم والخدار ، عادة ما يكون هناك عرض او اكثر إضافى مثل: فقدان القوى العضلية ، شلل النوم ، هلاوس النعاس ، لا يمكن مقاومة نوبات النوم وتكون اكثر إنتعاشاً ، ويكون النوم الليلى متقطعاً ومبتوراً . وعلى العكس من ذلك نجد ان عدد نوبات النوم النهارى فى فرط النوم أقل حدوثاً فى اليوم ، وإن كان كل منها يستمر لفترة أطول ، والمريض هنا قادر فى كثير من الأحوال على ان يقاوم دون حدوثها وعادة ما يكون النوم الليلى ممتداً ، مع صعوبة تحقيق حالة من اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ (سكرة النوم) (أحمد عكاشة ، 2003 : 610) .

يعنى الإفراط فى النوم زيادة عدد ساعات النوم عن معدلها الطبيعى بالنسبة لعمر الفرد او تعرضه طوال اليوم لنوبات من النوم لا يمكن مقاومتها او الرغبة التى لا تقاوم للنوم وفى هذه الحالة يصعب على الفرد أن يستيقظ بشكل تلقائى (حسن عبد المعطى ،2001، ص123) .

وهناك تعريفات أخرى منها:" أنه حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم ، او هو إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة" (جمعة يوسف ،2000، ص148).

والإفراط فى النوم يكون مقلقاً جداً للفرد الذى يعانى منه لنتائجة الخطيرة التى تتمثل على سبيل المثال فى حوادث القيادة عند السير لمسافات طويلة ، كما أن التلاميذ الذين يعانون من الإفراط فى النوم يكون أداؤهم رديئاً فى المدرسة وذلك بسبب الصعوبة فى الإنتباه وعدم القدرة على التركيز (مجدى الدسوقى ،2006 ، ص59).

وتؤدى الوراثة دوراً كبيراً فى حدوث هذا الإضطراب ، حيث وجد ان 39% من الإفراد الذين يعانون من الإفراط فى النوم لديم تاريخ عائلى لهذا الإضطراب كما أنه نادر الحدوث عند الأطفال (Kaplan. H.I. & Sadock. B. J 1998.p747).

ويتسم النوم فى حالة الإفراط فى النوم الأولى بأنة مستمر ولكنة يكون غير مريح ويلاحظ أن الأفراد المصابين بهذا الأضطراب يدخلون فى النوم سريعاً ولديهم كفاية من النوم ، ولكنهم يعانون من صعوبة الإستيقاظ فى الصباح ويظهرون فى بعض الأحيان تشويشاً وسلوكاً عدوانياً ، او إختلالات حركية ويشار إلى هذا الإختلال فى اليقظة أو فى الإنتقال من حالة النوم إلى حالة اليقظة بإسم ثمالة النوم أو سكرة النوم Sleep Drunkenneess (جمعة يوسف ،2000 ص150).

يرى الباحث

من خلال إضطلاع الباحث على التعريفات السابقة يلخص تعريف فرط النوم إلى يعرف بأنه " أضطراب يطرأ على حالة اليقظة وفيه يتعرض الفرد إلى نوبات من النوم الذى لا يمكن مقاومته " ومرضى هذا الإضراب يشكون دائماً من زيادة النعاس خلال النهاروالميل المفاجئ للنوم فى حالة الإستيقاظ.

ويعرف فرط النوم بأنه " حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم أو إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ فى غياب عامل عضوى يفسر حدوث فرط النوم ويرى الباحث إن عند حدوث هذا الإضطراب لدى طلاب الجامعة فإنه يحدث كنوع من الضغوط التى يمر بها .

2- المحكمات التشخيصية لإضطراب فرط النوم وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الخامس (DSM-5-TR) تتمثل فى :

1- الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (او فترات قد تكون أقل او أكثر طولاً و تكراراً) ويأخذ شكل نوبات متواصلة او نوبات النوم النهارى التى تحدث يومياً.

2- يسبب فرط النوم كرباً أكلينيكياً جوهرياً او خللاً فى الأداء الإجتماعى او المهنى الوظيفى او اى مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء .

3- لا يتم تفسير إضطراب فرط النوم بواسطة الأرق أو لا يحدث أثناء حدوث أى إضطراب آخر من إضطرابات النوم (مثل : غفوات النوم المفاجئة ، إضطراب النوم بالتنفس ، إضطراب جدول النوم و اليقظة ، او اى نوع من أنواع إضطرابات النوم الثانوية).

4- لا يحدث الإضطراب أثناء مسار إضطراب نفسى آخر .

5- لا يرجع الإضطراب الى اى عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية مثل (تعاطى المخدرات) أو تناول اى أدوية نفسية ، او أى حالة طبية عامة(**DSM-5**).

والنوم الزائد عن الحد يحدث بدون الأعراض المرضية لنوبات النوم المفاجئة أو غفوات النوم التى تتمثل فى : الإنهيار العضلى او الضعف المفاجئ فى العضلات Cataplaxy أو الشلل النومى Sleep Paralysis والهلوسات اثناء النوم Hypnagogic Hallucinations ونوبات النوم Sleep Attacks على الرغم من وجود فترات لنوم ضئيل جداً Micro Sleep وهى عبارة عن فترات من النوم تصل إلى 30 ثانية يكون خلالها المثير الخارجى غير مدرك ولكن جهاز ملاحظة النوم فى المعمل وهو ما يعرف بإسم جهاز تخطيط النوم Polysomnography يستطيع تسجيلها ، حيث يكتشف فترات النوم لأقل من 30 ثانية حتى سبع دقائق ، والتقيين الطبى لوظيفة الجهاز العصبى المركزى يعد ضرورياً وينبغى ان يتضمن التقرير الجوانب المتعلقة بالعدوى لبعض الأمراض ، والأصابة فى الرأس وجوانب الضعف العصبية وإستخدام الأدوية وذلك لأن هذه الحالات ترتبط أحياناً بالنوم الزائد عن الحد خلال النهار (مجدى الدسوقى ،2006، ص64).

نظريات تفسير اضطرابات النوم :

لقد اهتمت اتجاهات عديدة تحاول إيجاد تفسير موضوعي لظاهرة اضطرابات النوم منها اتجاهات نفسيه وبيولوجية وبيئية وكيميائية، يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره على التركيب العصبي والجهاز العصبي والتركيب الكيميائي والهرموني كأساس لحدوث اضطرابات النوم.

أ- النظرية الإيجابية القديمة للنوم :The Old passive of Sleep:

تعزي هذه النظرية عملية إتمام النوم إلى ثلاثة أنواع من المراكز الرئيسية في المخ:

- مراكز النوم ذات الحركات السريعة للعين "REM" وتوجد هذه المراكز في قنطرة جزع المخ "PONS" وعملية التنشيط الإيجابي لها يؤدي لتحويل النوم "REM " وأي خلل فيها يؤدي لانعدام نوم "REM" مع الاحتفاظ بنوم N REM.

- مراكز النوم ذات الحركات غير السريعة للنوم "N REM"

وتوجد في قنطرة جزع المخ والنخاع المستطيل، والنشيط الإيجابي لها يؤدي إلي تنشيط قشرة المخ مؤدياً بذلك إلى النوم المتميز بالحركات غير السريعة للعينين، وأي خلل في هذه المراكز يؤدي إلى أرق طويل المدى .

- مراكز التردد بين النوم واليقظة :

وتوجد هذه المراكز فوق منطقة تقاطع عصبي البصر في الجزء الأمامي للهيبوثلاموث " تحت المهاد " وهي المسئولة عن التردد بين النوم في خلال اليوم، أي خلل فيها يؤدي إلي اليقظة المفرطة وما يتبعها من إعياء قد يصبح خطراً على الجسم (فوقية رضوان، 2003: 32).

ب- النظرية الأيضية: Metabolic Therapy Of Sleep

فكرة هذه النظرية عن النوم أنه مرتبط بكثرة النشاط العضلي ونشاط الجهاز العصبي؛ الأمر الذي يؤدي إلى تعب أو إجهاد للفرد، وهذا يؤدي إلى تجميع المواد المتخلفة عن الأيض، وعندما تصل هذه المواد إلى تركيز معين يشعر الفرد بالرغبة في النوم، ومن هذه المواد مادة تسمي عامل النوم Sleep Factor(فوقية رضوان، 2003: 33) .

ج- النظرية النيرونية العصبية: Neurotic Therapy Of Sleep :

ويشير أنصار هذه النظرية إلى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب اتصالات الخلايا العصبية ببعضها في المخ بالإضافة إلى نقص الدورة الدموية للمخ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم، وإذا انحصر تلاشي النوم (سامى عبد القوى ، 1991 : 213).

في حين تري وجهة نظر أخرى وجود خلايا خاصة في المخ وظيفتها إحداث النوم بل توجد أماكن هذه المراكز تحديداً فوق منطقة تقاطع عصبي البصر في الجزء الأمامي" "للهيبوثلاموث" (تحت المهاد) وهذه المراكز مسئولة عن إيقاع دورة النوم واليقظة .

فهناك مناطق في الدماغ مسئولة عن تقييم ومتابعة هذه العمليات، فأجزاءمن منطقة الجسم (الهيبوثلاموس) تعتبر مراكز الاستيقاظ، والمنطقة الأمامية من التركيب الشبكي الموجود في المنطقة (القنطرة، والنخاع المستطيل) وهو الجزء المنفتح الأعلى من الحبل الشوكي المتصل بقاعدة الدماغ وغيرها من المناطق التي تقوم بعمليات تنظيم النوم وضبط التناسق بين العمليات في القشرة المخية، والمراكز الحسية الأخرى وصولاً إلى حالة النوم المريح، وما يلازم من تغيرات وضعية وحسية (Guyton, 1996 , 763).

أشار (أحمد عكاشة ،2000، ص 259) : إلي أن هناك مناطق دماغية هي التي تؤثر في دورة النوم واليقظة ولا يوجد مسمى مراكز النوم، ولكن تتشابه عدة مناطق في الوظيفة أهمها:

1- التكوين الشبكي.

2- الحاقة الخلايا العظمة للعطاء أو الحاقة الجسم الأرق.

3- الهيبوثلاموس.

1- التكوين الشبكي Reticuler Formation:

ممتد من ساق المخ حتى المهاد والقشرة المخية، ويلعب دوره عن طريق اتصاله بالمهاد والقشرة المخية،وتؤدى بنية التكوين الشبكي إلى اليقظة حتى يسير التنبيه من المهاد إلي القشرة المخية.

2- الحاقة Raphe: تؤدى أي إصابة في هذا الجزء إلى النوم أو الخمول والنعاس، هي مجموعة من الالتواءات العصبية تمتد من النخاع المستطيل حتى المخ الأوسط في ساق المخ فلها تأثير خاص علي النوم من خلال "هرمون السريستون " الذي يؤثر علي التكوين الشبكي فيحدث النوم فإصابة هذه المنطقة تؤدي إلي الإصابة بالأرق.

3- الخلايا العظمية للعطاء أو اللحافة Tegmentum:

هي الخلايا العصبية الموجودة بالقنطرة في ساق المخ، حيث تتفاعل منطقة الخلايا العظمي بالغطاء مع الجسم أثناء دورة النوم وذلك للتغير من "حالة النوم المتزامن إلي النوم، غير المتزامن" حيث أن تلقيها يؤدي إلي زوال هذا النوع من النوم.

4- الجسم الأرق " كوريوليوس " Locus Coruleus: هي مجموعة من الخلايا الصغيرة الموجودة في المنطقة الخلفية من ساق المخ، ويحتوي علي مكان كور يوليوس أو الجسم، والأرق يؤثر علي "النوراداينالين" ويخدم هذا الموقع وظيفة اليقظة كذلك التغير من النوم المتزامن إلي النوم غير المتزامن، وتلعب هذه المنطقة دورا خاصاً في عملية اليقظة علي عكس منطقة الحاقة التي تخدم عملية النوم.

5- الهيبوثلاموس Hypothalmus: تعتبر مراكز الاستيقاظ حيث تؤدي إلى إضافة بعض الأنواع فيه إلى اليقظة بينما إصابة بعض الأجزاء الأخرى تؤدي إلى النوم، أي أن أي خلل في المراكز السابق ذكرها يفعل خلل في المركبات الكيمائية والهرمونية يمكن أن تؤدي إلي اختلال في النوم في صورة اضطرابات، مثل:الأرق، والإفراط في النوم، ومواعيد النوم واليقظة.

د- النظرية الكيميائية الحيوية :

تركز هذه النظرية على عمل النواقل العصبية ودورها في تنظيم الكثير من العمليات بالمخ، وكذلك مسؤوليتها في إحداث بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، ومن هذه النواقل العصبية (الإستيل كولين، والسيرتونين، والنورابنفرين، والدوبامين) التي لها دور أساسي في ميكانيزم النوم واليقظة وقد تبين أن المواد التى تؤدي إلى خفض السيروترنين تؤدي إلي خفض مدة النوم، ومن ثم يمكن القول بأن اختلال هذا الناقل العصبي سيؤدي إلى اختلال النوم الحالم، وهو بدوره سيؤدي إلى بعض الاضطرابات في النوم كالكوابيس التي ترتبط بهذا النوع من النوم، ورغم أن هناك بعض التعارض في النتائج الخاصة بالنواقل العصبية، فإنها بلا شك يمكن أن تلعب دوراً في اضطراب النوم واليقظة من النوع المزمن. ولذلك فإن هذه النظرية امتداد للنظريات النشطة للنوم، وهي تفترض وجود جهاز في الدماغ يقوم بفعل بيولوجي مؤقت وتم تسميته "بالساعة البيولوجية (جمعه يوسف، 2000: 168) .

هـ- الساعة البيولوجية Horologe biological:

الساعة البيولوجية كما عرضها "اليزابيت .موسون، 1989 :193" هي عبارة عن مجموعات عصبية صغيرة علي صعيد الدماغ تتحكم في إفرازات الجسم، وبالتالي فان هذه الساعة تضبط الإيقاعات الحيوية في الجسم ولقد أطلق عليها العلماء تسمية الإيقاعات اليومية خاصة إيقاع (النوم – واليقظة) وتجد أن الجسم يفرز مواد معينة في ساعة معينة؛ تؤدي إلى الشعور بالنعاس وآخري تؤدي إلى النوم وأخري تؤدي إلى ظهور مراحل آخري من النوم، وتغير درجة حرارة الجسم "البايت" (قطب عبده، 2004: 50).

و- نظرية عدم الاستجابة التكيفية :The adaptive no responding

يفترض ويلسون 1975 أن نظرية عدم الاستجابة التكيفية تعتبر نظرية لها منحي تطوري يعزي إليه الفروق في أنماط النوم، أما بالنسبة للنوم البشري فإن الاستجابة التكيفية تعتقد أن النوم يتطور كسلوك له دلالة تكيفيه لدي الإنسان، وقد أظهرت البحوث الاستطلاعية أن القرن العشرين يشهد انخفاضا ملحوظاً في الوقت الكلي للنوم في الأجيال البشرية المتعاقبة (مجدى دسوقى ، 2006 ، 129).

ز- **نظرية تجديد النشاطات** : The restorative Theory:

تشير إلى أنه من خلال النشاطات المختلفة التي يؤديها الفرد أثناء فترات النهار ُ يحدث استهلاكاً للمواد المهمة في الجسم، أو يظهر التعب في أنسجة العضلات، والسائل النخاعي المخي، والدم، وفي أثناء النوم يحدث تجديد نشاط الأجهزة واستعادتها لحيويتها مرة أخري، ورغما عن تمتع هذه النظرية بقدر كبير من الجاذبية إلا أنها لا تتسق مع كثير من الحقائق، ومعدل النشاط الفيزيقي للأفراد أثناء وقت النهار، ولا يرتبط بشكل جوهري مع مقدار النوم أثناء الليل وهو عكس ما تدعيه نظرية تجديد النشاط التي تفترض وجود علاقة إيجابية قوية بين كمية النشاط المستهلك، ومعدل أوقات النوم المطلوب، فيحدث في بعض الحالات أن تختفي حاجة الفرد إلى النوم رغما عن بذله النشاط وعدم نومه لفترات كافية، وكثيرا من الطلاب يمرون بهذه الخبرة التي تشعرهم أثناء الاستمرار في الاستذكار لفترات طويلة بالحاجة إلى النوم (مايسة شكري، 2001 : 82).

ب- النظريات النفسية المفسرة لاضطرابات النوم :

1- نظرية التحليل النفسي

يري فرويد أن البشر حين يتهيئون للنوم يطرحون جانباً كل مكتسابتهم العقلية (أي إنهم ينفصلون عن العلم الخارجي) ولهذا فالنوم يعتبر نكوصاً إلي مرحلة مبكرة من العمر وعوداً قدر المستطاع إلي مرحلة ما قبل الميلاد . وهي مرحلة الجنينية داخل الرحم، ويعتبر النوم سيكولوجياً نكوصاً إلي مرحلة أولية وبخاصة المرحلة التي يصفها فوريد بالنرجسية البدائية ، فإن النوم يعني سيكولوجياً أن المرء قد صرف كل اهتمامه عن العالم الخارجي وركزه علي نفسه .

ويذهب كثير من المحللين النفسيين إلي الاعتقاد بأن النوم ما هو إلا خروج مؤقت من متاعب ومشاغل الحياة ، لكي يجدد الإنسان نشاطه من خلال فترة الراحة تلك .. وهم يعتقدون كذلك أن كثرة ميل بعض الناس للنوم ما هو إلا هروب من مواجهة المشاكل التي يواجهونها أو انه اضطراب في شخصيتهم يعكس قدراً من الضعف ونوعاً من عدم الاتزان (عبد الحكيم العفيفى ,2000 ,13 :14).

2- نظرية ايفان بافلوف (الكف والإثارة) عن النوم :

يري أن النوم كف منتشر (أي فترات راحة بالمخ) لم تعقه بصورة فعالة العملية المعارضة له وهي الإثارة . وليس كل كف نوماً كاملاً ، ولكن كل النوم كف منتشر غير معاق . ويقول بافلوف : الكف نوم جزئي محدود ومتمركز في نقطة محددة ومحصورة داخل حدود معينة بفعل العملية المعارضة ونعني بها الإثارة . أما النوم فعلي العكس من ذلك فهو كف امتد فوق قطاع كبير من المخ . فوق كل النصفين الكرويين للدماغ . بل وربما المخ الأوسط الذي يليه .. فإما أن ينتشر الكف فيحدث النوم أو أن ينحصر الكف ويتلاشي النوم . وثمة مجموعتان من المنبهات هما علة انتشار الكف الخاص بالنوم . المنبهات الباطنية الناتجة عن التعب وكل المنبهات الخارجية التي تتكرر علي نحو رتيب، ولكن في مثل هذه الحالة يمكن إعاقة الكف النوم بسبب ما تحدثه منبهات الفكر من إثارة سواء في شكل هموم أو مشكلات . والنوم باعتباره كفاً منتشراً لا يحدث دفعة واحدة . وإنما تدريجياً . فالنوم البشري كف البشري كف ينشأ بداية ، كما يقول بافلوف في ارقي أجزاء النصفيين الكرويين للمخ ، ثم يبدأ في الانتشار تدريجياً فوق النصفين الكرويين وإلي ما دونهما في المستويات الأدنى للمخ وارقي قطاعات لحاء المخ هي المسئولة عن توجيه النشاط اللغوي ، أي إنها هي ركيزة نظام الكلام ، ولهذا فإن النظام الخاص بالكلام هو أول ما ينتقل جزئياً إلي حالة التوقف عن النشاط أو الكف المنتشر أو النوم . وعندما يحدث هذا نغفو وننام (عبد الحكيم العفيفي ، 2000 : 13-14) .

3- النظرية الوعائية Vascular Theory

يعد العالم الفسيولوجي الايطالي الأصل موسو Mosso من ابرز أنصار هذه النظرية ، حيث يري أن النوم يحدث نتيجة قلة دوران أو وصول الدم إلي المخ وتوصل إلي ذلك نتيجة لما لاحظه من انه إذا ضغطت الأوعية الدموية الكبيرة في العنق (الأوعية السباتية) التي تمد المخ بالدم فإن المرء يغيب عن وعيه ويسقط مغشياً عليه كالنائم . بينما يري فريق من العلماء عكس ذلك ، حيث يرون أن زيادة كمية الدم الواردة إلي المخ هي التي تستدعي النوم واستندوا في ذلك إلي أن الشخص الذي يصاب بنزيف دماغي يفقد رشده ويغمي عليه كالنائم ، والرأي الأخير يخلط بين النوم الطبيعي المعتاد وبين الحالات المرضية فما لاحظ أثناء من انخفاض ضغط الدم ونقص عدد ضربات القلب ، وبطء التنفس ، وقلة الدم الواردة إلي المخ كلها أمور تحدث أثناء النوم ، ولكنها ليست السبب في حدوثه (مجدي الدسوقي ، 2006 : 127-128) .

4- نظرية التجدد :

وفقاً لما جاء في هذه النظرية ، فإن تجدد أنسجة الجسم في حاجة إلي النوم المصحوب بالحركات السريعة للعينين ، والنوم غير المصحوب بالحركات السريعة للعينين ، إن زيادة إفراز هرمون البناء ، وهرمون النمو ، والبرولاكتين والهرمون الحافز للجسم الأصفر ، وانخفاض مستوي الهرمون الانتقاضي الهادم مثل هرمون الكورتيزول أثناء النوم والشعور الذاتي بالانتعاش بعد النوم ، كلها عوامل تدعم صحة نظرية التجدد . كما أن زيادة الموجات البطيئة للنوم بعد الحرمان من النوم تشير إلي أن النوم غير المصحوب بالحركات السريعة للعينين يلعب دوراً في تجديد الجسم ، وإن كلاً من نمط النوم المصحوب بالحركات السريعة للعينين يلعب دوراً أيضاً في نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الأطفال الصغار ، بالإضافة لزيادة تراكيب البروتين في المخ ، وهذا يدعم النظرية إذ أنه يشير إلي أن النوم المصحوب بالحركات السريعة للعينين يجدد وظائف المخ (Wegner: et al , 2000 , 327).

5- نظرية مركز النوم الدماغي :

خـلال القرن الماضـي كـان جراحـو الأعصـاب يقومـوا بـإجراء العمليـات فـي المـخ دون الاسـتعانة بمخـدر ، وقـد لاحظـوا أن المـريض أثنـاء العمليـة ، وبعـد ملامسـة أدواتهـم الجراحيـة لمناطق معينة ، كان المريض يستسلم للنوم فجأة . وهذه الملاحظات دفعتهم إلي الاعتقاد بوجود مركز للمخ وهذا ما دفع العديد من الباحثين في مجال دراسة النوم إلي تبني نظرية مركز النوم وكان علي رأسهم عالم الفسيولوجيا السويسري هيس Hess. W والذي اجري العديد من التجارب المعملية التي تؤيد وجهة نظره. ومن بين التجارب التي كان يقوم بها "هيس" أنه كان يقوم بتخدير قط التجارب ، ثم بقوم بفتح ثقب في جمجمته ثم يدخل قطبين كهربائيين ، هما عبارة عن سلكيين معدنيين دقيقين ، ومعزولين في نهايتهما بحيث يتلامسان منطقة محددة في المخ هي " المخ البينـي أو سرير المخ Diencephalon" . ثم يخيط الجروح ويتركها حتى تشفي ويستعيد القط عافيته تماماً . بعدها يعمد إلي تمرير تيار كهربائي في المخ من خلال السلكيين المغروسين في المخ ، فيجد أن القط يستغرق في النوم العميق . وعلي الرغم من أن عالم الفسيولوجيا الروسي " بافلوف " قد أنكر ما قد طرحه " هيس " من وجود مركز للنوم . إلا أنه في الوقت نفسه ، وكما يقول لا ينطوي هذا النكران أبداً علي خفض دور المراكز الدماغية الواقعة تحت القشرة الدماغية في المساهمة الايجابية في حدوث النوم (إيهاب الببلاوي ، 2010 : 27-29) .

الأساليب العلاجية لاضطرابات النوم :

الهدف من علاج اضطرابات النوم هو مساعدة الأفراد علي أن يستعيدوا فوائد النوم الطبيعي، وفيما يلي وصف لبعض العلاجات المتخصصة التي قد تصلح لبعض الاضطرابات دون الأخرى (مجدي الدسوقي ، 206 : 139) .

يمكن اعتبار أن الخطوة الأولي والمهمة في علاج اضطرابات النوم هي محاولة تحديد نوعية اضطراب النوم الذي يعانيه الفرد والوقوف علي الأسباب التي أدت إلي قيام هذا الاضطراب ، أو ساعدت علي تطويره واستمراره ، كما تقتضي هذه الخطوة ضرورة القيام بالفحوص الجسمية والنفسية والعصبية والمعملية اللازمة علي الذي يعاني من مثل هذا الاضطراب ، إضافة إلي محاولة توفير اكبر قدر ممكن من المعلومات عن التاريخ المرضي له ، وخاصة من المصدر أو المصادر الأكثر تعايشاً معه أثناء حياته اليومية وخاصة أثناء فترة النوم (إيهاب الببلاوي ، 2010 : 360) .

عندما لا نجد سبباً نفسياً عقلياً لأي اضطراب من اضطرابات النوم ، نحاول العلاج بطرق غير كيميائية بما يسمي (النوم الصحي) . ونستطيع تلخيصه كالآتي :-

1- لا تحاول البقاء في السرير قبل ميعاد النوم ، أو بعد وقت اليقظة للقراءة ، أو مشاهدة التليفزيون (السرير للنوم فقط) .

2- حاول أن توحد وقت اليقظة بصفة منتظمة ، بغض النظر عن ميعاد النوم .

3- حاول ممارسة الألعاب الرياضية ، لكن قبل الساعة السابعة مساءاً .

4- الابتعاد عن الضوضاء .

5- درجة حرارة مريحة في الحجرة .

6- أحياناً يحول الجوع دون انتظام النوم .

7- لا مانع من محاولة التدريب علي الاسترخاء ، والتركيز علي الموضوعات الترفيهية والنوم بواسطة أجهزة الكهرباء ، وتستعمل أحياناً الإبر الصينية .

8- لا تحاول أن تحمل هموم الحياة معك إلي السرير .

9- ابتعد عن الكحول .

10-ابتعد عن القهوة والشاي والكولا والتدخين بعد الساعة السابعة مساءاً .

11-حاول تكملة النشاط النهاري بطريقة عادية حتى إذا كان النوم في الليلة السابقة غير كاف (احمد عكاشة ، 2003 : 618) .

بعض طرق علاج إضطرابات النوم وهى كالتالى :

1- العلاج النفسي الفردي Psychological Treatment

يعتمد العلاج النفسى علي تبصير الفرد بمشكلته وأسبابها ، ومساعدته علي حل صراعاته ، ومواجهة إحباطاته ومخاوفه وهمومه بأساليب مباشرة ، وإشارة بالتقبل والرضا.

- ففي حالة الأرق الليلي : يستخدم العلاج النفسي العميق في الحالات التي تكمن فيها الاضطرابات الانفعالية الشديدة خلف اضطراب النوم .
- وفي الحالات العنيفة من المشي أثناء النوم ، يجب علاج الاستجابات العصابية كالقلق وتوهم المرض .. وغير ذلك .
- وفي حالة الكابوس والفزع الليلي ، لابد من علاج الخبرات المولدة للتوتر والمخاوف والقلق والصراع النفسي في حياة الطفل أو في نشاطه اليومي .
- ويمكن أن يكون الإيحاء أسلوباً فعالاً في إحداث النوم وفي علاج حالات الأرق ، سواء جاء هذا الإيحاء من مصدر خارجي (الإيحاء من شخص آخر) ، أو من الفرد نفسه (الإيحاء الذاتي) والإيحاء في الحالتين يحدث حالة من التنويم التي من مقوماتها الأساسية إحداث حالة الاسترخاء ، وهي الحالة التي لا تتوافق مع القلق ، فتنهي عنه ، مما يؤدي إلي وقوع الفرد في النوم إذا كان الأرق الحادث مرتبطاً بالقلق ، وأسلوب التنويم الإيحائي يعين الفرد المصاب باضطراب الأرق بسبب الألم ، وذلك نتيجة لما يحدثه التنويم من خفض لإدراك الفرد للألم ولردود الفعل لإحساسه بالألم (إيهاب الببلاوي ، 2010 : 365-366) .

تنجم بعض اضطرابات النوم كالكوابيس والأحلام المفزعة والمشي والتحدث أثناء النوم عن المشكلات النفسية والصراعات غير المحلولة والخبرات المحبطة خاصة لدى الأطفال . كما أن فرط النوم قد يكون حلاً مرضياً هروبياً لصراعات نفسية أيضاً (كالغيبوبة الهستيرية مثلاً) وفي مثل تلك الحالات ينبغي أن يخضع الفرد للعلاج النفسي حيث يتم من خلال عملية التفريغ الانفعالي والتداعي الحر التعرف علي مثل هذه الصراعات ومحاولة تفسيرها للمريض ومن ثم زيادة استبصاره بها ، وهو ما يساعده علي العودة إلي النوم الطبيعي (جمعه يوسف، 2000 : 174) .

<u>2- العلاج البيئي :</u>

يتضمن العلاج البيئي تعديل الظروف البيئية والأسرية والمدرسية التي تسبب حدوث اضطرابات النوم ، وإرشاد الوالدين والمعلمين بشأن أدوارهم في علاج المشكلة والأساليب الواجب إتباعها في هذا الصدد ، ومن بينها حسن معاملة الطفل في مواقف النوم ، وتنظيم مواعيده ، وتجنب ما يثير القلق لدى الطفل ، وتخفيف الضغوط المدرسية ، وتهيئة مكان النوم بحيث يكون في غرفة هادئة بعيدة عن الضجيج والأضواء ، ويفضل قبل النوم سماع الموسيقي الهادئة ، فالموسيقي تساعد علي الاسترخاء ، كذلك يفضل عدم التفكير وشغل الذهن بالمشاكل والهموم فحينما يرغب الفرد في النوم يجب أن يبتعد عن كل ما يعكر صفو الذهن بالمشاكل والهموم ، فالخلود إلي النوم يتطلب الصفاء الذهني والاسترخاء الجسمي .

3- العلاج الأسري :

يتضمن العلاج الأسري إرشاد الوالدين وتوجيههم بالأسلوب الأمثل لمعاملة الطفل في مواقف النوم ، وكذلك تبصيرهم بكيفية علاج اضطرابات النوم المختلفة والإرشادات التي يجب إتباعها من أجل تمتع الطفل بالنوم الكافي من حيث المدة ، والمريح من حيث النوعية **والتي تتمثل في :**

- تنظيم ساعات العمل والنوم والراحة وأوقات تناول الطعام .
- تناول وجبات العشاء قبل موعد النوم بساعتين إلي ثلاث ساعات ، وينصح بعدم تناول الأطعمة الثقيلة والدسمة والاستعاضة عنها بالأطعمة السهلة الهضم أو الخفيفة.
- تجنب نوم القيلولة لأن نوم القيلولة يؤدي إلي صعوبة النوم أثناء الليل .
- التأكيد علي أن النوم ضروري للجسم فهو يعيد للجسم توازنه النفسي والجسمي المفقود ، ويحقق له الاستقرار والهدوء ، فالشخص الذي ينام ساعات كافية ليلاً يستيقظ والحيوية تشع من عينيه صباحاً ، أما الشخص الذي لا ينام ساعات كافية فإنه يستيقظ متكاسلاً وليس لديه رغبة في العمل أو حتى مغادرة الفراش ، لذلك فإن النوم ضرورة من أجل المحافظة علي صحة وسلامة الجسم وأداء وظائفه الحيوية المختلفة بشكل جيد (مجدي الدسوقي ، 2006 : 197-198) .

4- العلاج الطبي:

يعتمد علـى إعطـاء الأدويـة تحـت إشـراف الطبيـب يكـون هـدفها ضـبط الهرمـون وعـلاج الأمـراض العضـوية والأعـراض المصـاحبة لهـا، ومـن الأمثلـة علـي ذلـك : ثبـت علميـا أن تنـاول الكالسيوم يسـاعد علـى استرخاء الجهاز العصبي وأنـه يسـاعد علـي النـوم بسرعة؛ ولذلك ينصـح الأطباء بتناول كوب واحد من الحليب قبل النوم، وإذا كان الشخص لا يحب الحليب يمكنه تناول 100 مليجرام من مكملات الكالسيوم قبل ساعة من النوم،ويمكن تناول بعض الأدوية التي تساعد علي النوم لبعض الوقت مع مراعاة عدم الإكثار منها؛ لوجود أعراض جانبية لها، ويلجأ بعض الأطبـاء إلـي استخدام دواء وهمـي وهـو يقدم فـي صـورة أقراص لا تحتـوي علـي مـادة فعالـة مـع الإيحاء للمريض أن هذا الدواء سيحقق نوماً عميقا (مجدي الدسوقي ، 2006 : 198-199) .

5- العلاج السلوكي:

يهدف العـلاج السلوكي إلـي تدريب المريض علـي عـادات سليمة للنـوم، وطـرد الأفكـار اللاعقلانيـة وتعلم الاسترخاء والتحكم فـي جـو الغرفـة التـي ينـام فيهـا الشخص لكـي يصـبح مهيئـاً للنوم الطبيعي.

6- العلاج التحليلي:

يهدف إلي فهم دوافع القلق والإحباط والصراع وخبرات الطفولة وتحليل رموز الأحلام والكوابيس ودلالتها، ومعرفة الصراعات والعقد النفسية التي لم تحل بعد .

7- العلاج الاجتماعي:

يهدف العلاج الاجتماعي إلى مساعدة أفراد الأسرة علي توفير بيئة آمنة، والتخلص من الصراعات الأسرية واتباع أساليب تربية سليمة مع الأبناء .

8- العلاج الديني:

يهدف العلاج الديني إلى تقوية علاقته بالله في صورة أدعية وأذكار واستغفار وأداء الصلاة وقراءة، القرآن وما ينطبق على الشخص المسلم، ينطبق على غير المسلم فيمكنه تعلم سلوكيات دينية ويمارسها قولاً وعملاً (محمد سعفان، 2013 : 668).

أهمية علاج أضطرابات النوم :

تعتبر أهمية علاج اضطرابات النوم والتعرف على الأسباب والمشكلات النفسية التى جعلت الأمور تصل إلى هذه المرحلة وتظهر بشكل تلك الاضطرابات النفسية باختلاف أنواعها وقد يرجع الباحث أهمية علاج اضطرابات النوم إلى ما توصل إليه البرنامج العلاجى المعرفى فى إدارة الضغوط وأثرها فى التخفيف من الاضطرابات الناتجة عن سوء إدارة الضغوط فى التعرف على تلك الأسباب ومحاولة علاجها والذى كان له أثر بالغ على تخفيف اضطرابات النوم .

وقد حدد (Cletek, 2015 , 33) أهمية علاج اضطرابات النوم وهى كالتالى :

1- مساعدة المرضى على التعرف على الطرق المناسبة للنوم .

2- التخلص من المشكلات والأعراض المرتبطة بالحرمان من النوم .

3- التمييز بين الآليات العلاجية المستخدمة فى علاج اضطرابات النوم .

4- تطبيق الخطط والاستراتيجيات المناسبة للتحكم للمرضى الذين يعانون من اضطرابات النوم والاستيقاظ لتحسين وظائف النوم لديهم.

هناك مجموعة من الدراسات المتعلقة باضطرابات النوم لدى طلاب الجامعة وفاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من اضطرابات النوم ونتاولها فيما يلى:

1- دراسة سبرينجير (2001) Spriniger

أ : معرفة مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي طويل الأمد على اضطرابات النوم

(الأرق) لدي عينة من الراشدين. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (20) شخصاً في سن الرشد تتراوح أعمارهم الزمنية من (30:40 عاماً) من المصابين بالأرق المزمن .

أ :

1- فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي في تقليل وقت النوم الكلي لدى المرضى المصابين بالأرق، وتحقيق كفاءة لنومهم من خلال استخدام طرق تعديل الأفكار السلبية المتعلقة بالنوم.

2- استمرار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن نوعية النوم وخاصة (الأرق) من خلال المتابعة طويل الأمد بعد تطبيق البرنامج بمدة تقدر بثلاثة سنوات بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

2- دراسة مارين (2001) Marin

أ :اكتشاف تأثير العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات النوم (الأرق).

وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها : (70) من الذين يعانون من اضطرابات النوم تم تقسيمهم إلي مجموعتين :

- مجموعة ضابطة بلغ عددهم (35) من الذين لم يتلقوا علاج معرفي سلوكي.

- مجموعة تجريبية (35) من الذين تلقوا العلاج وقد تم إجراء قياس قبل وبعد ثلاثة أشهر وبعد (6أشهر) من تلقي البرنامج . وبعد تطبيق مقاييس : " تقييم الأداء قائمة الأرق ، قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة بيك للقلق".

:

1- فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة اضطرابات النوم خاصة "الأرق".

2- استمرار فاعلية البرنامج في تحسن العينة التي طبق عليها لمدة تقدر بستة أشهر بعد تلقي العلاج.

3- دراسة راشد السهل (2001) :

أ : اقتراح علاج باستخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي والديني في برنامج واحد وتخفيض مشكلة الأرق لدى عينة من طلبة الجامعة من خلال إكسابهم بعض المهارات العلمية لتحسين توافقهم النفسي والسلوكي مع مشكلات النوم بشكل عام والأرق بخاصة.وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة على عينة قوامها: (27) طالباً وطالبة موزعين إلي مجموعتين أحدهما تجريبيه والأخرى ضابطة منها(5 طلاب) (6 طالبات) في حين ضمت المجموعة الضابطة (6طلاب و 10 طالبات).

وبعد تطبيق المقاييس:(استمارة قياس حالة النوم، والتغذية الرجعية التي استخدمت لقياس التغيرات الحيوية ،والبرنامج الإرشادي الديني).

:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بمستوى الأرق، وقد وجد تحسن ملحوظ في مستوى الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مقارنتهم بالمجموعة الضابطة.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مقارنة الأرق قبل وبعد البرنامج الإرشادي حيث أكدت النتيجة التحسن في حالة النوم بعد تلقيهم البرنامج.

4- دراسة كيري وآخرين (2002) currie. et al

أ : معرفة الاستجابة الفردية للعلاج المعرفي السلوكي لمرضى اضطرابات النوم.

وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة على عينة قوامها : (51 حالة متوسط أعمارهم من29: 59 عاماً). أسفرت أهم نتائج الدراسة عن: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بنسبة قدرها 57% من الأشخاص تحسنوا في PSQI بعد 7 شهور من العلاج ولكن فقط 18% تعافوا تماما من مشاكل نومهم، ولكن الأشخاص الذين تحسنوا في PSQI حدث لهم انخفاض في الكفاءة الذاتية للنوم من الخط الأساسي من الأشخاص الذين أظهروا زيادة ملحوظة في معدلات الكفاءة الذاتية في النوم وانخفاض في مستويات الإرهاق.

5- دراسة حسام الدين محمود وشادية أحمد عبد الخالق (2003)

أ : معرفة مدى ارتباط اضطراب فرط النوم بالنمط السلوكي لدي طلبة وطالبات الجامعة.وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (1500) طلبة وطالبات من جامعة عين شمس فئة عمرية (18: 30عاماً) وقد وجد ارتباط اضطرابات النوم بأبعاده (الأرق ، والفزع الليلي ، والنوم المفرط والكوابيس) ارتباط موجب دال إحصائيا بالنمط السلوكي أ، ب لدى الذكور والإناث.

:

1- وجود ارتباط دال إحصائيا بين درجات اضطراب فرط النوم التي تشير إلى النمط السلوكي.

2- وجود فروق دالة إحصائيا بين أفراد النمط السلوكي(أ) عموما وأفراد النمط السلوكي (ب) في اضطرابات النوم أي النمط السلوكي ب أكثر اضطرابا من النمط السلوكي (أ).

6- دراسة رايان، جيلين وآخرين(2004) Ryan. Glenn. et al:

أ : تنفيذ برنامج علاجي قائم على استخدام العلاج النفسي و العلاج الطبي معاً لمعرفة فعاليته في علاج الأرق المزمن ومعرفة الفنيات العلاجية اللازمة لمعالجة اضطرابات النوم خطوة بخطوة حتى يتم التحسن. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة على عينة قوامها :" ثلاثة من المرضى المعالجين بالعلاج النفسي الطبي من الإناث في سن (20) طبق عليهم البرنامج مع متابعة تطور الحالة وتحسنها بالعلاج النفسي والطبي معا. وبعد تطبيق المقاييس(PSQI – BD–BAL).

:

1- فاعلية مشروع العلاج المعرفي و العلاج الطبي.

2- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية للعلاج المعرفي السلوكي على اضطرابات النوم وخاصة الأرق .

7 - دراسة مورين و تشارلز وآخرين(2004) Morin. et al

أ : دراسة إكلينيكية لمعرفة مدى تأثير المرضى المصابين بالأرق المزمن والذين تم علاجهم بالعلاج المعرفي السلوكي ،وذلك لتسهيل سحب عقار البنزوديازبين تدريجياً وتحت الملاحظة قامت على تقسيم كفاءة سحب عقار" البنزوديازبين " تدريجياً وتحت الملاحظة بمفرده أو مع العلاج المعرفي السلوكي .وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة على عينة قوامها: (76)من المرضى البالغين (38 ذكور ، 38 إناث) من الذين يعانون من الأرق المزمن، متوسط أعمارهم (19.3) ومن خلال الدراسة .

: وجود تغيرات في النوم ، والقلق ، والاكتئاب ، فقد وجد أن هناك نقص في هذه الأبعاد الثلاثة بنسبة (90 %).ومن حيث معدل الحدوث 80 % وذلك في المرضى الذين استخدموا عقار البنزوديازبين ، قد وجد حدوث نقص ذو دلالة إحصائية بنسبة 63 % من المرضى الذين توقفوا عن تعاطي العقار لمدة 7 أسابيع .

1- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من اضطراب الأرق .

2- إستمرار فعالية العلاج المعرفي السلوكي بعد مرور عدة أشهر من استخدام عقار البنزوديازبين.

3- وقد وجد أن التدخل بجدول زمني ذي قيمة في المرضى الذين يستخدمون أدوية البنزوديازبين بصفة مزمن لكي يتوقفوا عن تعاطيها أو يقوموا بتقليل الجرعات .

8- دراسة قطب عبده خليل (2004)

أ : التخفيف من حدة الأرق لدى عينة من طلبة الجامعة من خلال تطبيق برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي ومدى استمرار فعالية هذا البرنامج وذلك بعد فترة المتابعة. وتحقيقا لهذا الهدف أجريت علي عينة قوامها: (20) من طلبة وطالبات الجامعة الفرقة الثانية والثالثة أعمارهم من " 18 – 22" قسمت إلى مجموعة تجريبية 10 (5 ذكور– 5 إناث)، ومجموعة ضابطة 10 (5ذكور – 5 إناث).

:

1- فاعلية استخدام البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الأرق لدي طلبة الجامعة.

2- فاعلية البرنامج المعرفي في تعديل الأفكار السلبية وغير العقلانية الخاصة بالنوم.

3- عدم وجود تأثير الجنس في درجة الاستجابة للبرنامج العلاجي لتخفيف الأرق لدى طلبة الجامعة.

4- استمرار فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الأرق لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة تصل إلي شهر.

9- كراريسك ، لأنج أريال وآخرين (2005) Crysic – Lang Arial. et al

أ : اختبار فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الفزع الليلي ومقارنتةً بالعلاج الدوائي. وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها : (43) طالباً بشكل عشوائي المجموعة عمرية (18 سنة) لاختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي بشكل فوري وعاجل، تم تقسيمهم إلي مجموعتين : (مجموعة تجريبية " تلقوا العلاج المعرفي السلوك،مجموعة ضابطة " تلقوا العلاج الدوائي فقط ") .

:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طلاب المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي أكثر من الطلاب اللذين تلقوا العلاج الدوائي فقط ، ولذا فقد كانت هذه الفروق لصالح العلاج المعرفي السلوكي أكثر من العلاج الدوائي .

2- فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي بمفرده مستقلاً عن العلاج الدوائي.

10- دراسة سميث وآخرين (Smith. et al (2005

أ : إثبات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الأرق الأولي، واستخدام العلاج المعرفي السلوكي كأداة في علاج الأرق الذي يصاحب الأمراض النفسية والعضوية. وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (35) من الطلاب الذين يعانون من الأرق المزمن فئة عمرية (19 :25عاماً).

:

1- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي العلاج المعرفي السلوكي "في علاج الأرق الأولي .

2- كما أكدت علي أن العلاج المعرفي السلوكي علاج مباشر في حالات الأمراض النفسية والعضوية معاً ، كما أن هذا البحث يقلل من احتياج الباحثين في الفترات القادمة لاختبار تأثير هذا العلاج على أعراض بعض الأمراض الأخرى .

11- دراسة بيرت نيفا Niva (2005) Biran

أ : الكشف عن مدى فاعلية العلاج السلوكي الفردي في معالجة الأرق المزمن. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (35) من طلبة الجامعة .وبعد تطبيق المقاييس التالية: (مقياس الأداء ، دفاتر النوم اليومية).

:

1- فاعلية العلاج السلوكي الفردي في التخفيف من حدة الأرق .

2- استمرار فعالية البرنامج لمدة ثلاث أشهر بعد تلقي العلاج السلوكي ،ولذلك تقترح الدراسة استخدام العلاج المعرفي السلوكي الفردي في معالجة الأرق المزمن، والذي يكون علاجاً بديلاً وفعالاً من العلاجات الأخري .

12- دراسة باركا ش (2007) Barkash

أ : الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات النوم لدي الراشدين . وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (60) فرداً في سن الرشد (30 : 35 عاماً) تم تدريبهم علي العلاج التخيلي والعلاج المعرفي السلوكي كعلاج منفرد. أسفرت أهم نتائج الدراسة عن: فاعلية دور العلاجات اللاعقارية (العلاج المعرفي السلوكي) في خفض اضطرا بات النوم لدي عينة من الراشدين.

13- دراسة فريمان آرثر (2007) Freeman

أ : الكشف عن فاعلية استخدام فنية (الواجب المنزلي) في علاج القلق الشديد وانعكاسه علي اضطرابات النوم لدي المراهقين، وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (30) وقد تم إضافة (10) إلي جدول الأعمال للجلسة اللاحقة في فترة زمنية تتراوح بين (17:15عاماً).

:

1- فاعلية استخدام فنية " الواجب المنزلي " في التخفيف من حدة القلق الشديد لدي عينة من المراهقين.

2- وُجود تأثير دال إحصائياً لاستخدام فنية " الوجب المنزلي " في التخفيف من حدة اضطرابات النوم.

14- دراسة جارنليس، وكوللين (2007) Garnelys. colleen

أ : التخفيف من حدة معدلات الأرق لدي الأفراد الذين تم تشخيصهم طبقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع " DSM –IV" أنهم يعانون من "اكتئاب نفسي جسمي " وقد تم شفاؤهم من الاكتئاب وذلك بعد إتمامهم (20) أسبوعاً علي الأقل من العلاج المعرفي السلوكي ، أو العلاج الدوائي ، وذلك في العيادات الخارجية المتخصصة في علاج الاضطرابات المزاجية. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها (94) من المرضى الذين يعانون من الأرق تم اختيارهم بشكل عشوائي من العيادات الخارجية تراوحت أعمارهم الزمنية من (20: 25 عاماً). وبعد تطبيق مقياس : "هاميلتون للاكتئاب ".

:

1- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين معدلات القياس البعدي للأرق حيث وصلت إلي (22%)، وبالنسبة للأرق النومي وصلت إلي(26%) وبالنسبة للأرق "النومي المتلازم " و (17%) للاستيقاظ أثناء الصباح الباكر .

2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي بالنسبة لمعدلات الأرق وخاصة في بعض حالات الاكتئاب النفسي الجسمي .

15- دراسة تيلور و آخرين (2007) Tailor.et.al

أ :التعرف علي مدي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للأرق، وهل يؤدى إلى التقليل من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى الذين يعانون من الأرق والاكتئاب من طلبة الجامعة.

وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها: (10) من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب والأرق عمرهم الزمني "19 عاماً" .

:

1- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في مقياس الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج .

2- وقدأكدت النتائج علي إستمرار فعالية البرنامج المعرفي السلوكي بعد ثلاثة أشهر خلال فترة المتابعة، حيث وُجِدَ أن 100% من العينة قد أصبحوا يتمتعون بنوم طبيعي، وُجِدَ أن 87.5% من العينة يتمتعون بنسبة طبيعية، وعلى مقياس الاكتئاب وجد تحسنٌ ذو دلالة إحصائية في الفترة التي استغرقها الفرد منذ بدء النوم حتى الدخول في النوم (31 دقيقة) و الاستيقاظ بعد الدخول في النوم (24 دقيقة) ، إجمالي وقت النوم (+ 65 دقيقة)؛ كفاءة النوم 14% من نوعية وقت النوم الكلى(19%).

16- دراسة ماك جيل ، رينود وآخرين (2007) MC Gill.Riod. G

: الكشف عن العلاقة بين الانتحار واضطرابات النوم مثل (الأرق - فرط النوم) لدي المرضي المصابين بالاكتئاب. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت عينة الدراسة علي عينة قوامها: "70" من المرضي الذين تم تشخيصهم بأن لديهم أعراضاً اكتئابية من خلال حصولهم علي درجات عالية في مقاييس الاكتئاب تتراوح من (6.12 +/- 2.67) والمرضي الذين لديهم محاولات انتحارية سابقة حصلوا علي (1.61 +/-0.39) والمرضي المكتئبين المصابين بالأرق (7.39 +/- 2.84) من الطلاب الذين لديهم إضطرابات النوم مثل (الأرق - فرط النوم) تتراوح أعمارهم الزمنية من (18: 22 عاماً) علاوة علي أن المرضي المصابين بالأرق كانت أعدادهم كبيرة أعلي من المرضي الذين لديهم محاولات انتحار نشيط (خطط معينة للانتحار - ومحاولات انتحار سابقة). وبعد تطبيق المقاييس التالية : (عادات النوم ،جداول النوم ،ومقياس الجدول للانتحار)، تم اختيار الطلاب الذين لديهم درجات أعلي من الاكتئاب والأرق .

:اضطرابات النوم خاصة (الأرق – فرط النوم) يجب أنٌ يؤخذ في الاعتبار في تقدير الخطر الانتحاري لدي المرضي المعالجين من الاكتئاب.

17- دراسة نيو جرسي ،كوبر (2008) New Gerlecy. Kobar

أ : إجراء برنامج إرشادي معرفي سلوكي للبحث عن تأثير مدة النوم لليلة واحده علي المزاج والوظائف المعرفية. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت عينة الدراسة علي عينة قوامها: (338) من طلاب الجامعة تتراوح أعمارهم من "18: 20عاماً"ممن يعانون من أعراض اضطرابات النوم الإكلينيكية وتم تقسيمهم كالتالي : "266" طالباً يحصلون علي 6 ساعات ،أو أكثرمن النوم " و " 112" شخصا ينامون أقل من 6 ساعات، وذلك لتقييم المزاج من خلال الأداء الكهروفسيولوجي

.

:

1- فاعلية برنامج معرفي سلوكي لاضطراب النوم وتأثيره علي الوظائف المعرفية، حيث اتضح من خلال الدراسة أن " الطلاب الذين لديهم اضطرابات نوم ارتفع لديهم " القلق والاكتئاب " إذا ما قورن بالأشخاص اللذين حصلوا علي عدد ساعات نوم طبعية".
2- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لعدد ساعات النوم القليلة علي الجوانب المزاجية والوظائف المعرفية لدي الطلاب قد تكون متشابهة، ولكن أقل حدة من المرضى المصابين بالأرق.

18- دراسة فليب ،بيكر (2008)Feleib. Bicker

ژ : تشـخيص حـالات الأرق وعلاقتهـا بـالكتغيرات الديموغرافيـة (العمـر والجـنس والأوضـاع الاقتصادية والاجتماعية والتعليم) من خلال استخدام مقاييس جديدة بالاضافة الي معرفة العلاقة بين الأرق واضطراب المزاج من خلال الدراسة الإكلينيكية . وتحقيقا لهذا الهدف أجريت الدراسة علـي عينـة قوامهـا: (32) طالباً فـي المرحلـة الجامعيـة تم تقسيم العينـة إلـي مجموعتين: تتراوح أعمـارهم الزمنيـة مـن (22: 33 سـنة) وتمـت المقارنـة بـين المجمـوعتين مـن حيـث الدراسـة الإكلينيكيـة والمختبـرة فـي وجـود حالـة الاكتئـاب . المجموعـة الأولـي (مجموعـة ضـابطة تضـم 16طالباً من الطلاب الذين لا يعانون من اضطرابات النوم)، (مجموعة تجريبية تضم 16 طالباً من الذين يعانون من اضطرابات النوم).

: وجود تأثير دال إحصائياً لكلٍ من (العمر والجنس والوضع العائلي والتعليم) علي اضطرابات النوم وأيضاً علي اضطراب المزاج.

19- دراسة كارلين، ماركوس (2008) Carline. Markus

ژ : الكشـف عـن العلاقـة بـين الاكتئـاب وكـلٍ مـن الأرق والقلـق ، وتحقيقـاً لهـذا الهـدف أجريـت الدراسـة علـي عينـة قوامهـا(300) مـن الأشـخاص مقسمين إلـي ثـلاث مجموعـات ، المجموعـة الأولي (100): الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والأرق ، المجموعة الثانية

(100) :" من الأشخاص الذين يعانون من القلق . المجموعة الثالثة (100): مجموعة تعاني من القلق. تتراوح أعمارهم الزمنية من (18 : 29 عاماً) . وتم تطبيق المقاييس التالية :"استفتاء عادات النوم – اختبار Up salad– اختبار Inventory – مقياس الاكتئاب ".

: وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الاكتئاب وكلٍ من الأرق والقلق .

20– دراسة فان زين.ديسك (2010) Zean. Disck

أ : التعرف علي تأثير اضطرابات النوم علي الأداء اليومي، والتحقق من مدي ارتباط اضطراب "الاكتئاب و القلق" باضطرابات النوم. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها (30) من الطلاب المصابين باضطراب الاكتئاب والقلق تتراوح أعمارهم من (16 :22 عام).

:

1– تأثر اضطرابات النوم بشكل ملحوظ بالجهود المبذولة خلال اليوم (الأداء اليومي).

2– وجود ارتباط دالٍ إحصائيا بين اضطرابات النوم وكلٍ من الاكتئاب و القلق مع تأثير كل منهما علي الآخر .

21- دارسة يانج اتش وآخرين (2012) Yang H

أ : الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وتأثيره علي الأفراد المصابين باضطرابات النوم في الصين من خلال تصميم دراسة ميدانيه علي اضطرابات النوم. وتحقيقاً لهذا الهدف أجريت الدراسة علي عينة قوامها : (22) من المصابين باضطرابات النوم تتراوح أعمارهم من (20:25عاماً) الذين تم اختيارهم من خلال إجراء بعض القياسات القبلية والبعدية من خلال المتابعة لمدة ثلاثة أشهر، وبعد تطبيق المقاييس التالية "ميزان النوم- مقياس نوعية النوم ".

:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي علي مقياس اضطرابات النوم في صالح القياس البعدي ، وهذا يؤكد فعالية البرنامج المعرفي السلوكي حيث أنه أسهم بشكل كبير في تحسين اضطرابات النوم لدي عينة المرضي في الصين.

2- كما أكدت الدراسة علي استمرار التحسن خلال فترة المتابعة بعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج، كما أنه يزودنا بمعلومات مهمة وضرورية لكي نصمم دراسات أكثر اتساقا في المستقبل.

22- دراسة دارك وآخرين (2014)

بعنوان العلاقة بين الضغوط والأرق وتأثير الوسطاء مثل عامل التدخل الإدراكى والمواجهة.

ـة : تقييم الإستجابة للضغط النفسى وتقييم التدخل المعرفى السلوكى وأثر ذلك على الإستجابة أو الكشف عن الضغط الطبيعى وعلاقته بالأرق الفارق وأثره على المدى الطويل، وقد تكونت عينة الدراسة من النائمون نوماً جيداً ويذكر أنهم لم يتعرضوا للإصابة بالأرق من قبل.

: زيادة كمية الأحداث المجهدة التى واجهوها فى حياتهم كانت سبباً فى التعرض لحدوث الأرق بنسبة 9.1% والتعرض للتوتر والضغوط المستمرة كانت البداية لحدوث الإصابة بالأرق وتطور الإصابة لتصل الى 19% على ضغوط الحياه.

المراجع العربية

1- آمال عبد السميع باظه (1999): **بحوث وقراءات في الصحة النفسية**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

2- آمال عبد السميع باظه (2002): **الصحة النفسية والعلاج النفسى** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

3- آمال عبد السميع باظة (2012) : **مقياس صلابة الشخصية** – القاهرة , الانجلو المصرية.

4- آمال عبدالسميع باظة (2012). **جودة الحياة النفسية** ، القاهرة: مكتبة الأنجلو.

5- ابتسام محمود محمد السلطان (2009) : **المساندة الاجتماعية واحداث الحياة الضاغطة**, عمان , دار صفاء للنشر والتوزيع .

6- إبراهيم علي إبراهيم و مايسة النيال (1993): **مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات الانفعالية، دراسة امبريقية لدى عينة من طالبات جامعة قطر** ، مجلة مراكز البحوث التربوية لجامعة قطر ، العدد الثاني ، يوليو ، ص ص 77- 105.

7- ابن منظور (2003): **لسان العرب** – القاهرة دار المعارف ج 4.

8- احمد عبد العزيز محمود عبد الفتاح (2013) : **احداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بروح المرح ومعنى الحياة لدى عينة من الشباب الجامعي** , رسالة ماجستير كلية التربية , جامعة عين شمس.

9- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2012) : **علم النفس الإرشادى.** عمان . دار الميسرة للنشر . ط2 .

10- أحمد فهمي عكاشة (2000): **علم النفس الفسيولوجي** ، ط9، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

11- احمد فهمي عكاشة (2003) : **الطب النفسي المعاصر**, القاهرة , الانجلو المصرية.

12- احمد محمد الزغبي (2002) : **الامراض النفسية والمشكلات الدراسية عند الأطفال** , عمان , الأردن , دار زهران.

13- أحمد محمد عبد الخالق (1998): **الصدمة النفسية مع إشارة خاصة الى العدوان العراقي على دولة الكويت** , جامعة الكويت , مجلس النشر العلمي.

14- أحمد محمد عبد الخالق (2001): **سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين** ، مجلة دراسات نفسية ، 11(1) ، (ص 3-27):

15- أحمد محمد عبد الخالق (2003). **أصول الصحة النفسية** . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

16- أحمد محمد عبد الخالق ومايسة أحمد النيال (1993): **اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب** ، والقلق ، والوسواس ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة : الأنجلو المصرية ،(ص 3- 28):

17- أحمد محمد عبدالخالق (2003). **اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب دراسات تنبئوية** المجلة المصرية للدراسات النفسية المجلد (13).

18- أحمد محمد هلال (2002): **أثر برنامجين مقترحين في تعديل بعض الخصائص الانفعالية لدى مرضى الصرع من المراهقين** ، دكتوراه ،كلية التربية ، جامعة طنطا.

19- أرون بيك (2001) : **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية** , ترجمة : عادل مصطفى, القاهرة, دار الافاق العربية.

20- أسماء فتحي احمد (2004): **الاكسيزيميا الدفاعية وعلاقتها بالضغوط الحياتية لدى عينه من طلاب جامعة المنيا** برسالة ماجستير كلية التربية جامعة المنيا.

21- ألفت حقى (1993). **الاضطراب النفسى** – علم النفس الإكلينيكى . الأسكندرية : دار الفكر الجامعى .

22- أمنية ابراهيم حسن (2002): عزة صادق رفاعي (2003) : **الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين ادراك احداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها** (رسالة دكتوراه , كلية الاداب جامعة حلوان).

23- أنور البرعادي (2001): **الضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها ببعض المتغيرات** برسالة ماجستير , الجامعة الإسلامية.

24- أنور حمودة البنا (2008): **الضغوط الحياتية وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة الأقصى**, محافظة غزة من الجنسين المتزوجين وغير المتزوجين مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية – مجلة 16 عدد 585 – 130).

25- آيات فوزي علي الدميري (2015) : **فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي لتحسين مستوى الرفاهية النفسية المدعمة في تقدير الذات والطمأنينة النفسية وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من طلاب الجامعة كلية التربية** , جامعة دمنهور.

26- إيهاب الببلاوى (2010). **إضطرابات النوم** . أسباب – التشخيص – العلاج . الرياض . دار الزهراء.

27- بشرى إسماعيل (2004). **ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

28- بطرس حافظ بطرس (2010) : **المشكلات النفسية وعلاجها** – القاهرة , دار الميسرة للنشر ط2

29- بهاء الدين الخضير , خوله عبد الوهاب القيسى (1995): **الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة الجامعيون بسبب الحصار المفروض على العراق**، مركز البحوث النفسية والتربوية.

30- بهير كامل احمد (1999) : **الصحة النفسية والتوافق** (الإسكندرية , مركز الإسكندرية للكتاب).

31- ثناء بهاء الدين التكويتي (1997): **الاثار النفسية والسلوكية المؤثرة على الضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة** مركز البحوث للدراسات النفسية والتربوية.

32- جمال الشمرلي (2008): **اضطرابات النوم وكيفية التعامل معها** ، مجلة الطب والعلوم ، الحوار المتمدن ، العدد (2)، (ص 10: 33).

33- جمعة سيد يوسف (2000). **الأضطرابات السلوكية وعلاجها** . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

34- جمعه سيد يوسف (2007): **إدارة الضغوط** , القاهرة , مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية كلية الهندسة جامعة القاهرة.

35- جيهان عثمان محمود (1996) : **فاعلية برنامج ارشادي مقترح لخفض الضغوط النفسية لذوي الأطفال المعاقين عقليا** , رسالة ماجستير (غير منشورة) , كلية التربية , جامعة الإسكندرية.

36- جيهان علي السيد سويد (2003) : **الضغوط النفسية وعلاقتها باساليب التعلم والتحصيل الدراسي** لدى طلاب جامعة المنوفية، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة المنوفية

37- حامد احمد ضيف (2005) : **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق** , رسالة دكتوراه كلية التربية – جامعة عين شمس.

38- حامد عبد السلام زهران (2001) : **الصحة النفيسة والعلاج النفسي** , القاهرة , عالم الكتب , ط3.

39- حسام الدين محمود وشادية أحمد عبد الخالق (2003): **اضطرابات النوم وعلاقتها بالنمط السلوكي للشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة** ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد (51) ، ص ص 52 - 84 .

40- حسن مصطفى عبد المعطى (1998). **علم النفس الإكلينيكى** . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

41- حسن مصطفى عبد المعطى (2001): **الأضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة** ، الأسباب – التشخيص – العلاج ، القاهرة ، دار القاهرة .

42- حسن مصطفى عبد المعطى (2003): **الأضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة موسوعة علم النفس العيادى** ، القاهرة ، مكتبة القاهرة للكتاب .

43- حسن مصطفى عبد المعطي (2006) : **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** , القاهرة , مكتبة الزهراء الشرق.

44- حمدى على الفرماوى ، رضا عبد الله (2009): **الضغوط النفسية فى مجال العمل والحياة فى سبل التنمية البشرية** . عمان . دار صفاء للنشر والتوزيع.

45- خالد محمد عبد الغني (1999) : **أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين وعلاقتهما ببعض المتغيرات النفسية** , رسالة ماجستير كلية الاداب , جامعة الزقازيق.

46- دعاء حمدي عبد العزيز (2009) : **العلاقة بين الضغوط البيئية واضطرابات النوم لدى الشباب الجامعي** , دراسة مقارنة " رسالة ماجستير " معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة عين شمس.

47- ديفيد فونتانا (1994) : **الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة** – ترجمة حمدى على الفرماوى ورضا عبد الله أبو سريع . القاهرة . الأنجلو المصرية

48- راشد على السهل (2001). **فاعلية الإرشاد السلوكى "الجماعى – الدينى" فى خفض مشكلة الأرق لدى طلاب الجامعة،** المجلة التربوية ، مج 16، ع61.

49- رشاد موسي رشاد (2013): **علم النفس العلاجي** ، القاهرة :عالم الكتب.

50- رشدى حازم منصور (2000): **علم النفس العلاجى والوقائي** ,رحيق السنين , القاهرة, الانجلو المصرية.

51- رئيفة رجب عوض (2000) : **ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة** , تشخيص وعلاج، القاهرة مكتبة , الانجلو المصرية.

52- زكريا لطفى الشربيني (2008): **المشكلات النفسية عند الأطفال**, القاهرة , دار الفكر العربي ط2.

53- زيزي السيد إبراهيم (2006) : **العلاج المعرفي للاكتئاب** , القاهرة , دار الغريب.

54- زينب محمود شقير (2002): **إحذر اضطرابات الأكل - الشره العصبي (البولميا) السمنه (الأبوسي)**، فقدان الشهية العصبي (الأنوكسيا)، ط2، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

55- زينب محمود شقير (2003): **مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية**، دراسة التعليمات , القاهرة , مكتبة النهضة المصرية.

56- سامي عبد القوي علي (2003): **أساليب التعامل مع الضغوط والمظاهر الاكتئابية لدى عينه من طلبة وطالبات** , جامعة الامارات (كلية الاداب , جامعة عين شمس , مج 30 , القاهرة.

57- سامي عبد القوي علي , محمد احمد عويضه (1994): **الحاجات النفسية لدى طلاب الجامعة القاهرة** , دارسة نفسية مقارنة , مجلة علم النفس , العدد 32 , أكتوبر.

58- سامى عبد القوى (1991) : **علم النفس الفسيولوجى** ، ط2 ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

59- سامية محمد صابر (2012) : **الاكسيزيميا وعلاقتها بنوعية " جودة النوم " لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة** , دراسات نفسية , رابطة الاخصائيين النفسيين , 22 , 269 , ص ص 2 - 3 .

60- سمية طه جميل (2000) : **التخلف العقلي , استراتيجيات مواجهة الضغوط الاسرية** (القاهرة , مكتبة النهضة العربية ط2)

61- سهير كامل احمد (1999): **التوجيه والإرشاد النفسي** ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

62- شري إسماعيل (2004) : **ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية** (القاهرة , مكتبة الانجلو المصرية).

63- صافيناز أحمد كمال إبراهيم (2000). "**العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية واضطرابات النوم في مرحلة الطفولة المبكرة** ", رسالة ماجستير ، جامعة الزقازيق.

64- صالح عبد الكريم مدني (2005): **علاقة ضغوط الحياة ببعض سمات الشخصية والاعراض الاكتئابية لدى بيئتي الحضر والواحات** رسالة دكتوراه كلية الاداب جامعة عين شمس.

65- صبحي عبد الفتاح الكفوري (2000): **فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في إدارة الضغوط النفسية لدى عينه من طلاب كلية التربية** مجلة البحوث النفسية والتربوية كلية التربية , جامعة المنوفية , 15 (23 , 97 - 159).

66- صفاء احمد عجاجه (2007) : **النموذج البيئي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة** برسالة ماجستير كلية التربية جامعة الزقازيق.

67- صفوت فرج (2008): **علم النفس الاكلينيكي** , القاهرة , الانجلو المصرية.

68- طارق أسعد عبده ،ألفت حسين كحلة (2001): **مقياس اضطرابات النوم** ، جامعة عين شمس ،كلية البنات - جامعة الأزهر .

69- طه عبد العظيم حسين، سلامة عبدالعظيم حسين (2006). **استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية** ، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.

70- عابده شكري حسن (2001): **ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوباتية والسويات** , دراسة مقارنة رسالة ماجستير كلية الاداب جامعة عين شمس.

71- عادل صادق (2005): **في بيتنا مريض نفسي** ، القاهرة , مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

72- عادل عبد الله محمد (2005): **العلاج السلوكي المعرفي أسسه وتطبيقاته**، القاهرة: دار الرشاد.

73- عادل عز الدين الاستول (2010) : **الارشاد النفسي** , القاهرة , الطبري.

74- عائض عبد الله القرني (2009) : **لا تحزن** , القاهرة ط4 , طيبة للنشر والتوزيع.

75- عبد الباسط محمد السيد (2007) **الأرق أسبابه وعلاجه من القديم والحديث** , القاهرة , دار ألفا للنشر والتوزيع.

76- عبد الحكيم العفيفي (2000): **الاحلام والكوابيس** , القاهرة , الدار المصرية اللبنانية ط2.

77- عبد الرحمن العيسوي (2001) : **العلاج النفسي** , القاهرة , دار اتوت للنشر.

78- عبد الرحمن سليمان الطويري (1994): **الضغط النفسي** , مفهومه وشخصية , طرق علاجه , ومقاومته , بدون دار نشر.

79- عبد الرحمن محمد العيسوي (2009): **الصحة النفسية وضغوط العصر** – القاهرة – دار طيبة للنشر والتوزيع.

80- عبد الستار إبراهيم (1993):"**العلاج السلوكي للطفل أساليب ونماذج من تطبيقاته** ، العدد (180)، الكويت : عالم المعارف.

81- عبد الستار إبراهيم (2011) : **العلاج النفسي السلوكي المعرفى الحديث**, أساليب وميادين تطبيقه , القاهرة , الهيئة المصرية العامة للكتاب.

82- عبد الستار إبراهيم (2011) : **عين العقل** , دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الإيجابي – القاهرة , الانجلو المصرية.

83- عبد السلام علي (2000): **المساندة الاجتماعية واهداف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة** المقيدي مع إبراهيم والمقيمين بالمدن – مجلة علم النفس 14 (253) , 6 – 23.

84- عبد العزيز عبد المجيد محمد (2005): **سيكولوجيا مواجهة الضغوط فى المجال الرياضى** , القاهرة – مركز الكتاب للنشر.

85- عبد الله جاد محمود (2006) : **السلوك التوكيدي كمتغير وسيط في علاقة الضغوط النفسية شكل من الاكتئاب والعدوان**، بحث منشور, المؤتمر العلمي , كلية التربية جامعة المسعودة.

86- عبد الله عسكر (2001): **مدخل إلي التحليل النفسي** ،ط2 ،القاهرة :الأنجلو المصرية.

87- عبد الله عسكر (2005). **الإضطرابات النفسية للأطفال** . القاهرة . الأنجلوالمصرية . ط1.

88- عبد المنعم الحفني (1992). **موسوعة الطب النفسي** ، القاهرة: دار الرشاد.

89- العجم الوجيز (2000): **معجم اللغة العربية.**

90- عزة صادق الرفاعى (2003) : **الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها** . رسالة دكتوراه . كلية الآداب . جامعة حلوان .

91- عزيزه أبو القاسم محمد (2009) : **الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسجسمية لدى بعض طلبة الجامعة** , راسة ماجستير معهد الدراسات التربوية .

92- عصام عبد اللطيف العقاد (1997): **أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض العدوانية لدي المراهقين** ، رسالة دكتوراه ،كلية التربية ، جامعة الزقازيق: .

93- علي احمد سيد , محمد محمود محمد (2011) : **العلاج النفسي السلوكي** , المعرفي الحديث , الرياض , دار الزهراء.

94- علي إسماعيل عبد الرحمن (2008): **الضغوط النفسية القاتل الخفي** , الأسباب , الاثار , العلاج , المنصورة , دار اليمن للنشر والتوزيع.

95- علي حسين مظلوم (2011) : **مستوى الطموح الاكاديمي وعلاقته بحوادث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة مجلة العلوم الإنسانية** , 18 (1) 236 - 248.

96- علي عسكر (2000): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** , الصحة البدنية والنفسية في عصر التوتر والقلق ط2 , القاهرة , دار الكتاب الحديدي.

97- علي كمال (1989): **أبواب العقل الموصدة " باب النوم والحلم "**، ط1، بيروت: دار الجيل للطباعة.

98- عماد علي عبد الرازق (2006) : **احداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة بمصر والسعودية** (بحث منشور بالمؤتمر السنوي الثالث عشر , جامعة عين شمس , مركز الارشاد الديني.

99- عماد محمد أحمد إبراهيم (1995). **تقدير الذات ومصدر الضبط** , خصائص نفسية وسيطة فى العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض القلق والاكتئاب، رسالة دكتوره, كلية الأداب , جامعة الزقازيق.

100-عماد محمد مخيمر(1997). **الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة فى العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعى.** المجلة المصرية للدراسات النفسية. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. المجلد السابع. العدد 17، ص ص (103- 138).

101–عماد مخيمر (2006): **المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية – والعلاج** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

102–عواطف حسين صالح (1993) : **الفاعلية الذاتية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى الشباب الجامعي** , مجلة كلية التربية , جامعة المنصورة (23) , 458 – 487.

103–عويد سلطان آل المشعان (2000) : **التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالاضطرابات النفسية الجسمية وضغوط واحداث الحياة لدى طلاب الجامعة دراسة نفسية** , 10 (4) , 232 – 505.

104–غريب عبد الفتاح غريب (1999). **علم الصحة النفسية** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

105–فاروق السيد عثمان (2001). **القلق وادارة الضغوط النفسية**، القاهرة، دار الفكر العربى.

106–فوقية حسن رضوان (2003). **الاضطرابات النفسية (تشخيص – وعلاج)** ، القاهرة ، دار الكتاب الحديثة.

107–قتيبه سالم الجيلي (2000) : **النوم والأرق والاحلام** , الرياض.

108- قطب عبده خليل (2004) . **فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة الأرق لدى عينة من طلاب و طالبات الجامعة** ، رسالة ماجستير ، كلية التربية بكفر الشيخ جامعة طنطا.

109-كمال دسوقي (1990): **زخيرة علم النفس** , القاهرة , وكالة اهرام للنشر المحلي الثاني.

110-لويس كامل مليكه (1994): **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**, القاهرة, الانجلو المصرية, ط2.

111-ليندا جاهنشتاي (2000): **فحص اضطرابات النوم في مرجع علم النفس الإكلينيكي للراشدين تحرير** ،" س . ليندزاي "، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ص ص 698-683.

112-ليندسلى ، جاهتشاهى (2000). **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين**. ترجمة صفوت فرج . القاهرة . مكتبة الإنجلو المصرية .

113-ليوتاردربون (2003): **مقياس أساليب مواجهة احداث الحياة اليومية الضاغطة** تحديث علي عبد السلام علي , القاهرة , مكتبة النهضة العربية.

114-ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008): **الضغط النفسي ومشكلاته واثره على الصحة النفسية**, عماد : دار الصفاء للنشر والتوزيع.

115- مايسة محمد شكرى (2001) : **المدخل إلى علم النفس** : القاهرة ، دار الفتح للنشر والطباعة .

116-مجدى أحمد عبد الله (2010) : **علم النفس المرضى – دراسة فى الشخصية بين السواء الاضطراب** . الإسكندرية . دار المعرفة الجامعية .

117-مجدى محمد الدسوقى (2006). **اضطرابات النوم " الأسباب – التشخيص – الوقاية – والعلاج** " . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

118-مجدي محمد الدسوقي (2006): **فقدان الشهية العصبي الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

119-مجدي محمد الدسوقي (2006) , **سلسلة الاضطرابات النفسية** , اضطرابات النوم , مكتبة الانجلو , القاهرة.

120-محتار سعيد السيد (2011): **ضغوط الحياة واستراتيجيات مواجهتها وعلاقاتها ببعض سمات الشخصية ودراسة ارشادية لذوي الإعاقة البصرية** , الإسكندرية , دار المعرفة الجامعية.

121-محمد أحمد سعفان (2013): **100مشكلة نفسية**، القاهرة : دار الكتب الحديث.

122-محمد السيد عبد الرحمن (2004): **علم النفس الاجتماعي المعاصر** , مدخل معرفي، القاهرة , دار الفكر العربي.

123-محمد ثروت غنيم (2006): **النوم وإضطراباته ومتاعب الأرق كتاب الهلال الطبى** ط2 القاهرة دار الهلال.

124-محمد حسن غانم (2002) : **مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب** ، مجلة الدراسات العربية فى علم النفس ، القاهرة ، مج 1 ، ع 4 .

125-محمد حسن غانم (2005). **النوم وإضطراباتة** . الأسكندرية . المكتبة المصرية .

126-محمد حسن غانم (2006) : **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية** ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

127-محمد حسن غانم (2007): **استبيان مشكلات النوم** , القاهرة – دار غريب .

128-محمد حسن غانم (2011) : **المرأة واضطراباتها النفسية** ، الأنجلو المصرية ، القاهرة

129-محمد حسن غانم (2012) : **الاضطرابات النفسجسمية** , دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع , القاهرة.

130-محمد حسين الحسيني (2009) : **أساليب مواجهة ضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينه من متعاطي المخدرات**، رسالة ماجستير, كلية الاداب, جامعة المنصورة.

131- محمد عبدالله محمد شلبى(2017): فاعلية برنامج معرفى سلوكى لإدارة الضغوط لتخفيف بعض إضطرابات النوم لدى طلاب الجامعة.رسالة ماجستير غير منشورة .

132-محمد سعد حامد عثمان (2010) : **فاعلية برنامج ارشادي لتنمية المرونة الإيجابية في مواجهة احداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الشباب** , برسالة دكتوراه كلية التربية جامعة عين شمس.

133-محمد محروس الشادي, محمد السيد عبد الرحمن (1994): **المساندة الاجتماعية والصحة النفسية**, مراجعة نظرية في دراسات تتطبيقه, القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

134-محمد محروس الشناوي (1996) : **نظريات الارشاد والعلاج النفسي** , القاهرة , دار غريب.

135-محمد محمد عمارة (2012): **برامج علاجية لخفض مستوي السلوك العدواني لدي المراهقين** ، الطبعة الثانية، كلية التربية ، جامعة سرت ، المكتب الجامعي الحديث .

136-محمود شمال حسين (1995): **دراسة العلاقة بين ضغوط الحياة والاسناد الاجتماعي** مركز البحوث التربوية النفسية

137-محمود شوقي حسين (1997) : **ضغوط الحياة وعلاقتها بوجهة الضغط في المجتمع الريفي** , كلية الاداب , جامعة عين شمس , القاهرة.

138-محمود عبد الرحمن حمودة (1998). **النفس أسرارها وأمراضها** ، ط3. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

139-محمود عبد الرحمن حمودة (2011) : **الطب النفسي – العلاج النفسي** , القاهرة ,.

140-مروة مصطفى قطب الجمال (2004): **تباين ادراك الفرد للاحداث اليومية السائدة – الضاغطة لدى عينة من الشباب** – كلية الاداب جامعة طنطا رسالة ماجستير.

141-ممدوحه محمد سلامه (2000): **مقدمة عن علم النفس** (القاهرة , دار النصر للتوزيع والنشر.

142-موسى الخطيب (2008): **مشكلات الأطفال السلوكية والنفسية**, القاهرة, المكتب العربي للمعارف.

143-نادر فهمي الزيود (2006): **استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى طلبة جامعة قطر وعلاقتها ببعض المتغيرات**, مجلة رسالة الخليج العربي العدد 99, 67, 104.

144-ناصر إبراهيم المحارب (2000): **المرشد في العلاج الاشرافي السلوكي**, الرياض, دار الزهراء.

145-ناهد محمود عمر (2003) : **العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني** , القاهرة , مركز دلتا , ط1.

146-نشوى كرم عمار دردير (2010) : **فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الاحداث الحياتية لدى طلاب الجامعة** رسالة دكتوراه الدراسات التربوية , جامعة القاهرة.

147-نيفين السيد زكريا (2004) : **مستوى ونوعية الطموح وعلاقته بضغوط احداث الحياة لدى عينة من فاقدات البصر والمبصرات المراهقات** , دراسة مقارنة، رسالة ماجستير كلية الاداب , جامعة عين شمس.

148-هارون الرشيدي (1999) . **الضغوط النفسية طبيعتها – نظريتها برنامج لمساعده الذاتية في علاجها**، الطبعة الأولي، القاهرة : الأنجلو المصرية.

149-هدى جعفر حسن (2006): **التفاؤل والتشاءم وعلاقتها بضغوط العمل والرضا عن العمل** مجلة دراسات تنمية , (16) , 83 – 103.

150-هشام إبراهيم عبد الله (2001): **العلاقة بين أساليب مواجهة ضغوط الحياة والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين** (بحث منشور بالمؤتمر السنوي الثامن , مركز الارشاد النفسي , جامعة عين شمس.

151-هيام شكري , مايسه محمد (1999): **التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها باساليب المشقة** – مجلة الارشاد النفسي : جامعة عين شمس (10) 1 – 42.

المراجع الأجنبية

151- Abouserie te Rodo (1995) *Sources to Levels of stress in relation to locus control and self estmeem in university students educational psychology – v – it – N3 P323-330.*

152- Alford , B.A. Beck . At (1997) *the integration power of congnitive tharapy , newyourk , Guilford press.*

153- Alloy , L,B : Acocella . j.Bootzin , R.R (1999) *Abnormal Physcholo , vol 99 – No1 – PP 55 – 63.*

154- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statiytical Manual of Mental Disorders. (5thed..adieion Revision). Washington , D.C; APA.*

155- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statiytical Manual of Mental Disorders. (4thed..Text Revision). Washington , D.C; APA.*

156- American psychotic socialtion (2000) *Diagno stic and Astatinticab manual of mental sinande 45th – ed Washington Dc..*

157- Barkash, (2007). Limitation of cognitive-behavioral therapy for sleep disorders among adult, Clinical services for, depart mint of psychiatry –, India English Journal for psychiatry spt, (191).

158- Barlow ‹David H. (November 2002). "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". American Psychologist: 1247–63.

159- Baxter lisa , assessment of stress in physican assistant students (journal of instraction psychology , 2005).

160- Beck A.t (1976) cognitive therapy and emotional disorders Newyourk international universities press.

161- Beck A.t (1991) cognitive therapy : A 30- years Retrospective American psychiligist, Vol 40 (4) , P.P 368 – 375.

162- Bert N to cacioppo , et al (1995) Individual deference in cardiac sympathy etic contro predict , ensocirine and immune responses to acute psychological stress Journe or personality and social psychologic the American psycholosical assictation.

163- Bert Niva. (2005). Revealing the effectiveness of individual behavioral therapy in chronic insomnia treatment, university California, Nov (27):pp60.

164- Boyd, M., & Nihart, M. (1998). Sleep and Rest in Psychiatric Nursing . lip pin cot Philadelphia . New York, 5, 767-793.

165- Brennan , p , et al (2002). Maternal depression, paternal Psychopathology and adolescent diagnostic anthems . journal of counting and clinical psychology .vol 70 . no 5, 2002 .

166- Brown , T.E .; Mcmullen , W.J.,J.r . (2001). Attention deficit disorders and sleep / arousal disturbance , Annals of the New York Academy of Sciences, Jun , 93 ,1,271-286

167- Calhoun. P.S. & Kluge, M. (2007). Objective Evidence of Sleep Disturbance in woman with post traumatic stress disorders Journal of Trauma Stress, 20(6): 1009-18 .

168- Campbell, S.S., Rerman, M. & Lewy, A.J. (1995). Light treatment for sleep disorder. Consensus report, age related disturbances. Journal of Biological rhythms, 10 (2):151-15.

169- Cetrona C. to cole V. et al (1995) : perceiver parental social support and ace jemic achievement an attachment theory perspective. Journal of personality and social psychology (66).

170- Chang S.c to roos, P (1997) sexroles supports asa moderators , journal of personality and social P.P 570.585.

171- Clatet A. Kashide (2015) . Handbook of sleep Disoder Stanford university school of medicine – Stanford California USA second edition.

172- Clark D.A Beck A.T Alford B.A (1999) seiantific Foundations of cognitive theory and therapy newyourk John willey to sons.

173- Cook, s.w to Heppner p.p (1997) .Aspyschonso study of three coping measures education and psychological measures education and psychological measwment 57.906-923.

174- Crowley SJ, Acebo C, Carskadon ,MA (2007).Sleep, circadian Rhythms, and Delayed phase in adolescence sleep Med.

175- Crycik, Micheal (2005). Cognitive Behavioral Therapy for night terror, Journal Clinical psychiatry (36), Luis Angles.

176- Current Therapy& Miller,M.N,Conway,M.W (2008). Standers Elsevier in Mood disorder .In:Rakel p,Bope ET,edConn,s.60th ed.philadelphia , :chap 281.

177- Currie, - Shawn - R ; Wilson , - Keith - G ; Curran , - Dorothy Ann (2002). Clinical significance and predictors of treatment response to cognitive – behavior therapy for insomnia secondary to chronic pain, Journal - of - Behavioral - Medicine. Vole 25(2) Apr: PP 135 - 153.

178- Daley. s & Haman , C (1998). axisil symptomatology , Depression and live stress during the transition from adolescence to adulthood , of consulting and clinical psychology , 1998.

179- Dcvoto, A., Voderhoker, U., Berger, M & Hohagen, F. (2003). Insomnia and Sleep quality- Journal of Psychosomatic Res, 54 (1): 3-10.

180- Deniz, M.D (2002). The Relationships Among Coping With Stress, Lifesatisactios, Decision – Makingstyle and Decision Self – Esteem An Investigation With TURKISH Wniversty Stad énts. Social Behaviarand Personaltity, 34 (9), 1161 -117.

181- Dixon , S . K Kurpius . S.E (2008) Depressior and college stress among university un jergradutes Do mattering and self esteemate Development 3 (2) 12 – 25.

182- Dobson Kethin S. (2010) Handbook of cognitive behavioral therapie newyourk, the guliford press.3.

183- Dorothey , cotton (1990) ; stress management an intergranted approach to (therapy new York , AZEL publishers .

184- Drake (2014). Moderators And Mediators Of The Relaton Ship Between Stress And Insomnia : Stressor Chronicity. Cognitive And Coping.

185- DSM- IV (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental- IV Disorders DSM- IV, (Fourth edition)- American psychiatric Association, Washington ,D.C .

186- Ellis (1997) : Reason and Emotion in psycho therapy , new jersey the citadee press.

187- Ellman, S J. k. Amtrtbus, J.S. (1991). The Mind in Sleep. New York; awiley inter science j»ublic-ti«n. Second edition.

188- Fan Zen ,PL ,Buses ,DJ ,Rsbinovitzm, Pollock BG,lotrichfe (2010) . Boor sleep quality predicts onset of either major depression PO or subsyndromal .deprecation with irritability during inter Freon alpha treat ment,psychiatry Res, May,15 (1-2):240 .

189- Fan Zen, PL ,Buses ,DJ ,Rsbinovitzm, Pollock BG,lotrichfe (2010). Boor sleep quality predicts onset of either major depression PO or subsyndromal .deprecation with irritability during inter Freon alpha treat ment,psychiatry Res, May,15 (1-2):240 .

190- Feleb ,Biccker (2008). The relationship between insomnia and depression disorders and the clinical assessments,sleep dis orders mangazine ,Joly30(7) p:(873).

191- Freeman Arthuri, artabt.(2007). Using Home work exercise in Cognitive –behavioral therapy , Journal Article , psychiatry, Elsevier Science , Oct p160.

192- Gadzell B, etal : (1999) student – life stress inventory annual meeting of the texas psy chological assolontion san anttonion , p 291 – 303.

193- Gaultney , jane Terrell , debra gingras , jennine L. (2010) . parent reported periodic limb momvemnt sleep disordered – breathing bedtimeResistance behiors ADHB behavioral sleep medicine .

194- Gurneys, Coleen. (2007). A comparison of rates of residual insomnia symptoms cognitive –behavioral therapy for major depressive disorder, Jilin Psychiatry, Feb: 68(2):p254-60.

195- Guyton , (1996) :Textbook of medical physiology, American Journal of psychiatry,(91) p819.

196- Hamitlton S-Fatgot (1998) chronic stress and coping styles : a comparison of male and female unfergraduates I ournal of personality and social psychology American psycholocal association V55 – 819 – 923.

197- Hensely , we to Jones , J.(1995) suicidality among college university : contributing factor and preventive respons psy chological disern research , california , p 69.

198- Howland I. , et al (2000). effects of negative life events on immune supp ression in children and youth infected with human immunodeficiency virus type 1 . pediatrics , sept , 2000 .

199- Hrayr P. (2006). Sleep Disorders in Women: A Guide to Practical Management, Vermont Regional Sleep Center Department of Neurology

200- Hunther K-C to conen L.H (1999) therole of Neuroticismin daily stress to coping sournal of personality to social psychology Vol 77 No 5 , 1087 – 1100.

201- International statical classification of Diseases and Related Health problems 10th revision (ICD - 10) version for chapter v of 51 (2010).

202- Jack D, Edinger , Collen E, curnery (2013) . Diagnosis and Treatment of sleep disorder,Psychological Reports, 76,pp 270.

203- Joseph Banks linda R Gannon (1998) the influence hardinesesout the relationship between stressors and psychosomatic sysmpthomatoly American journal of community psychology 125.

204- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). Synopsis of Psychiatry-Behavioral Sciences-Clinical Psychiatry. Egypt: Mass Publishing.

205- Klein , R to schermer . V (2000) introduction and over view : creating a Henling matrix in : from . R to schemer . v group psychotherapy forpsychology trauna new yourk , the gail ford press.

206- Kobasa S.c (1999) stressfull life event personilty and health an inquiry into hardiness journal of personalty and hardiness journal of personalty and social psychology , 37 (1) , 1-11.

207- Liu, SY (2000). Some basic features of the new sleep-aid tea (SAT) for the treatment of insomnia, sleep res online, p49: 52.

208- Manber R,Edinger JD,Gress JL,San pedro -San pedro-Salcedo MG, (2008). cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with co morbid major depressive disorder and insomnia , Stan ford University, Sleep Apr 1:31 (4).

209- Manber R,Edinger JD,Gress JL,San pedro -San pedro-Salcedo MG, (2008). cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with co morbid major depressive disorder and insomnia , Stan ford University, Sleep Apr 1:31 (4).

210- Marino Alfonso (2001). Treating chronic insomnia: A cognitive - Behavioral group therapy approach, University of Toronto Canada. Eddy.

211- Marino Alfonso (2001). Treating chronic insomnia: A cognitive - Behavioral group therapy approach, University of Toronto Canada. Eddy.

212- Marks D.f et al (2000). Heath Psychology theory Research and Practice. First Pub Lished, Sage Pubications Inc London.

213- Marks Shirly : stress in academic life – the mental assembly line the society London – university research into higher education (1994).

214- Martin A to Marsh H, et al (2002) A quadipl need achievement respresentation of self handicapping and defensive pessimisme American education research surnail 1 – 23.

215- Mary (2004). The relationship between spiritwality and stress level among college under grdleatesTaking Psycholoy and Basiness Coweses. Psyco logy and Basines Cowrsers Diss – Absintew Vo L . 65: B156.

216- Mc Girr A: Renaud j: Seguin M: Alda M: Benkelfat (2007). An Examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: psychological autopsy study.jan:97 (1-3):p2039-9.

217- Misra R 2000 , Academic Stress of college faculty perceptions – college student journal Vol 34 No 2 – 236 – 246.

218- Morin , - Charles - M ; Bastien , - Celyne , Guay , - Bernard ; Radouco- Thomas , Monelly ; Leblanc , - Jacinthe , Vallieres , - Annie (2004) . Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. American - Journal - of - Psychiatry .Vole 161(2) Feb: PP 332 - 342.

219- Morin Char Les (2003). Role Of Stress Arousel And Coping Skillsin Primary Insomnia.

220- Motivational Constructs (2004). journal of counseling psychology, 21(3), 2004.

221- Muller , Richard , Bell catchloon : life stress events that (American , River collage , students experience , 1999).

222- Nawby F. (1997) social support self – efficacy and assertivenese as mediators ofstudyent stress. Journal of Human Behavior, 34.52.58.

223- New, Gerlecy, Kober (2008). A cognitive- behavioral conductive program to assess the effect of one night sleep on mood and cognitive funitive functions, psychiatry :p:42.

224- Ohayon MM,Malijai C,(1997). How A general population Perceeives its sleep and How this relates to complaint of insomnia? Journal of Sleep, Vol, 20,pp :715-723.

225- Orff, H (2010). Newrobio logy of insomnias Measured With Fmri – Ph – P Disser atation Presnted to Clinical Psycholgy Univerist Or Cli fornia, San Diego.

226- Paavonenj (2008). Sleep Distarbunces and Psychildern. Prediatuic Graduaty shool Peperm Ent Ok Child Psychiaty Wniversity of Helinki – Findeld.

227- Rothet al a Cathleen , j to james E (1999) life s stress events that American river college students experience ED 428.

228- Rush A.J t beck (2000) : cognitive – thempy in Kaplan to sa Dpcks " comrehansive : text book of psgchiatry – lippicott Williams to Williams Washington P- 2167 – 2178) .

229- Schredl , M , Friche – Oerkermennl, : Mitschke A ؛ Wiater A.e Lehmkul, G(2009). factors affecting Nighrt Meres in Childer Panentes Vs . Childern's Ratings – European Child & Ajoles Cent Psyehiarty 18 (1).

230- Shapelthill N.c (2001) study of HIV turns to AID quicker under conditions of venials Aftican American AIDs policy and training Institute.

231- Smith, Michael T. ,Huang , Mary I , Manber , Rachel (2005). Cognitive-behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders Clinical - Psychology- Review. Vole 25(5) Jul: PP 559- 592.

232- Smith, - Michael - T; Perlis, - Michael - L (2006). Who is a Candidate for Cognitive - Behavior Therapy for Insomnia? Health- Psychology. Vole 25(1) Jan: PP 15 – 19.

233- Spencer JA, Morran DJ, LeeA, (2004). With noise and sleep induction. Arch Dis Child,sleep Med , 65: 135- 137.

234- Spielman.A, Gloyinsky, B (1991). In case studies in insomnia, p.Hauri, New York, U.S.A.

235- Spoormaker, V. L, Connor, K.M. & Davidson, J.R .(2008). Disturbed Sleep in Post-traumatic Stress Disorder. Secondary symptom or core feature?. Journal of Sleep Med Rev, 12(3): 169-64.

236- Sprinige,Backhaus,F,Hohagen,U,Voderhol(2001).Long-term effectiveness of a short term cognitive –behavioral group treatment for primary insomnia .Eur Archives psychiatry vlincal neurosis , march, 201 pp: 35-41.

237- Stankovich , d (2001). ineguality , poverty and family stress undermine child health in austalia , http : // www . wsws . org / articles / 2001 may 2001 / - m04 . shtml .

238- Susan to minka (1996) : condition and etholobical modeles of an xiety Disorders stress in Dynamic context models Nebraska symposium on motivation London , Vol (43) P.P. 33 – 35.

239- Taylor , S.E (1999) Health psychology , Boston Mcgraw – Hill.

240- Tylor, Lichstein, Kenith (2007). A pilot-Study for Cognitive-behavioral Therapy in Sleep disorders-for Persons With ordinary Depression, North Texas, U.S.A,(22),pp:45.

241- Wada , minorg (1998) underaduates coping with stress the realative among stress, social support and psychological well being An examination on as sex differences japenes.

242- Westen Drew (1995) : psychology mind Brain to culture , Newyourk, John wiley to sons, Inc.

243- Wetzler - Ryan - Glenn (2004). The Caritas Sleep Disorders Center - Insomnia Clinic. The development, implementation, and evaluation of a behavioral medicine insomnia program. Vole

244-Yong H, Pertrinim M. (2012). Effect of cognitive behavior therapy on *Sleep disorder in china, Knurs Health, Dec 14 .458-6.*